



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

Mariana Bteshe

**O cuidado à saúde materno-infantil e a psicanálise:  
uma interseção possível**

Rio de Janeiro  
2008

Mariana Bteshe

**O cuidado à saúde materno-infantil e a psicanálise:  
uma interseção possível**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Arán



Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

B916 Bteshe, Mariana.

O cuidado à saúde materno-infantil e a psicanálise: uma  
interseção possível / Mariana Bteshe. – 2008.  
119f.

Orientadora: Márcia Arán.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Assistência à maternidade e a infância – Teses. 2.  
Psicanálise – Teses. 3. Cuidados médicos – Teses. 4.  
Perinatologia – Assistência médica – Teses. 5. Neonatologia –  
Teses. I. Arán, Márcia. II. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.2-082

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou  
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Mariana Bteshe

**O cuidado à saúde materno-infantil e a psicanálise:  
uma interseção possível**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 30 de abril de 2008.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Arán (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Abu-Janra Zornig  
Departamento de Psicologia da PUC-RJ

---

Prof. Dr. Benilton Bezerra Junior  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. Joel Birman  
Instituto de Medicina Social da UERJ

Rio de Janeiro

2008

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Márcia Arán, pelo encontro valioso que permitiu a tessitura desse trabalho e, sobretudo, por acolher de maneira terna meus impasses.

Aos professores Maria Elizabeth Ribeiro dos Santos e Silvia Abu-jamra Zornig, pelo incentivo e confiança nos primeiros passos em meu percurso acadêmico.

Aos professores Benilton Bezerra Junior e Joel Birman, pela leitura atenta na banca de qualificação.

Ao Fábio Azeredo, pelo interesse e estímulo quando esse trabalho ainda era um esboço.

Às minhas colegas do grupo de orientação, Daniela Murta e Vivian Pizzinga, pelas sugestões e idéias.

À equipe de saúde do Núcleo Perinatal da Universidade do Estado do Rio de Janeiro pela oportunidade de realizar esse trabalho. De modo especial, a Tatiana Pereira, Flávia Vasques, Kátia Garcia, Raquel Pádova, Fernanda Vecchi, Lilia Moriconi, Karina Ressiguer, Rafaela Ribeiro e Verônica Silviano, pelas discussões clínicas, comentários e parcerias que muito enriqueceram este estudo.

À Catarine Dias Vieira, pela interlocução sensível em tantas idéias e projetos e, principalmente, pela amizade.

À Dora, pela simples presença segura.

Ao Arnaldo, pela atenção cuidadosa.

À Tatiana Germano, Daniel Bardusco, Renata Cecchetti, Thiago Chaves, Daniela Ramalho, Wu Yen Lian, Carin Matos, Alexandre Gonçalves, Tatiana Gouveia e Bruna Nunes, amigos de hoje e de sempre, pelo afeto e cumplicidade.

À Dani e ao Rafinha, por compartilharem as melhores lembranças.

Aos meus pais, Saul e Luisa, pelo amor e aposta.

À CAPES, pelo auxílio concedido.

## RESUMO

BTESHE, Mariana. *O cuidado à saúde materno-infantil e a psicanálise: uma interseção possível*. 2008. 119 f. dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

O presente trabalho procurou analisar a inserção da psicanálise nas novas formas de cuidado terapêutico em perinatologia, mais precisamente, no domínio que envolve os acontecimentos que ocorrem entre a concepção e os 36 meses de vida da criança. Para tanto, inicialmente foi apresentada a área da saúde materno-infantil no Brasil e as políticas públicas que a sustentam. Em seguida, delineou-se o funcionamento do campo escolhido, no caso uma maternidade de alto risco. Tendo em vista, a construção de uma rede de atenção tecida a partir de diferentes olhares, se procurou enfocar os impasses da interseção entre o discurso biomédico, o da educação em saúde e o da psicanálise. Nesse ponto, foi utilizada como referência principal a contribuição de D. W. Winnicott sobre a teoria do amadurecimento pessoal. Com a finalidade de circunscrever o crescente interesse pela primeira infância, procedeu-se a um mapeamento do estudo psicanalítico dos primórdios do psiquismo, após uma breve incursão pelo texto freudiano. Promoveu-se ainda uma discussão sobre o encontro das hipóteses psicanalíticas com as novas descobertas científicas sobre as potencialidades do bebê, ressaltando as consequências possíveis de tal intercâmbio. Por fim, foram destacadas algumas concepções que fundamentam a importância do olhar psicanalítico para o cuidado integral à saúde materno-infantil, enfatizando autores como Lebovici, Cramer, Bydlowski e Golse. Aqui as discussões teóricas entrelaçaram-se com observações de campo e vinhetas clínicas.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Saúde materno-infantil. Gravidez de alto risco. Psicanálise. Atenção perinatal.

## ABSTRACT

The following work's intent was to analyze the insertion of psychoanalysis in the new forms of therapeutic care in perinatology and, more specifically, in the domain involving the events occurring between conception and the child's first 36 months of life. To do so, the area of maternal and child health in Brazil and public politics supporting it were initially presented. Afterwards, the functioning of the chosen field was delineated, the present case being a high-risk maternity. Considering the construction of an attention network built on and from different perspectives, we focused on the deadlocks of the intersection between the biomedical, the education in health and the psychoanalytical discourses. Here, the main references were the contributions of D.W. Winnicott on the theory of personal maturity process. In order to circumscribe the increasing interest in early childhood, a mapping of the psychonalitycal study of the beginnings of psychic life was undertaken after a brief incursion in the freudian text. A discussion was still promoted on the meeting of psychanalytical hypotheses with new scientific discoveries on babies potential, pointing to the possible consequences of such interchange. Finally, some conceptions pointing to the importance of the psychanalytical point of view for the comprehensive health-care of maternal-child health were underlined, emphasizing authors such as Lebovici, Cramer, Bydlowski and Golse. Here the theoretical argument were interlaced with field observation and clinical vignettes.

Keywords: Comprehensive health care. Maternal and child health. High-risk pregnancy. Psychoanalysis. Perinatal care.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1	<b>A ATENÇÃO INTEGRAL NA PERINATALIDADE</b> .....	13
1.1	<b>O campo da saúde materno-infantil no Brasil</b> .....	13
1.2	<b>A especificidade de uma unidade de cuidados à gestação de alto risco</b> .....	16
1.3	<b>Entre o risco de viver e o risco de morrer: um olhar para a dimensão subjetiva</b> .....	20
1.4	<b>O diálogo entre a psicanálise, a medicina e a educação em saúde</b> .....	28
2	<b>O INTERESSE PELOS PRIMÓRDIOS DO PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO</b> .....	46
2.1	<b>Entre o infantil e a infância: as contribuições freudianas</b> .....	50
2.2	<b>Da psicanálise com crianças à clínica com bebês</b> .....	58
2.3	<b>A teoria psicanalítica entre o bebê-reflexo e o bebê-competente ..</b>	74
3	<b>ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O CAMPO DA PERINATALIDADE</b> .....	88
3.1	<b>Espaço intrapsíquico parental e a construção de um lugar fantasmático para o bebê</b> .....	89
3.2	<b>As interações no laço pais e bebê e sua dimensão inter-relacional</b> .....	94
4	<b>CONCLUSÃO</b> .....	108
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	112



## INTRODUÇÃO

A trajetória que levou ao projeto para essa dissertação iniciou-se com a prática clínica na assistência materno-infantil em um hospital público universitário. Além da discussão no tocante à inserção do psicanalista em um contexto que não lhe é habitual, essa experiência suscitou um questionamento quanto às possíveis articulações da práxis psicanalítica ao cuidado em perinatologia, mais precisamente, no domínio que envolve os acontecimentos que ocorrem entre a concepção e os 36 meses de vida da criança<sup>1</sup>.

No cotidiano hospitalar de uma maternidade de alto risco vê-se que o psicólogo é chamado para lidar com as mais variadas situações que escapam aos limites assimiláveis pelo serviço de saúde, aquelas que incomodam a equipe por colocar à prova todo seu arsenal terapêutico. São os casos em que uma puérpera se recusa a alimentar-se após um parto prematuro; ou em que uma mulher se nega a iniciar um tratamento de quimioterapia para poder acompanhar de perto a internação da filha na unidade intensiva neonatal. Ou ainda em que um recém-nascido não ganha peso apesar de todos os esforços dedicados durante sua internação. Impasses encontram-se colocados entre pais, bebê e equipe. O profissional psi é assim convidado a atuar de forma quase onipresente em um momento emergencial em que a saúde dos pacientes é posta em xeque e interfere diretamente no tratamento.

---

<sup>1</sup> Cabe salientar que a idéia de propor uma continuidade na assistência entre o pré-parto e os anos iniciais de vida do bebê nem sempre foi aceita. Em medicina tradicionalmente o atendimento perinatal vai apenas da gestação à primeira semana de vida do recém-nascido. Hoje, estamos sendo levados a rever tal posição. O reconhecimento pela psiquiatria infantil do valor das relações estabelecidas entre pais e filhos nos três primeiros anos e sua estreita correspondência com os fenômenos pré-natais acabou por alargar a definição de perinatalidade. Em função disso, as consultas médicas do recém-nascido de alto risco prosseguem até os 36 meses da criança. De modo similar, alguns serviços públicos de pediatria já começaram a propor um atendimento diferenciado e contínuo à família até esse momento (CORRÊA FILHO E GIRADE CORRÊA, 2002).

Pensar na operacionalidade da psicanálise em um ambiente em que a demanda inicial de trabalho quase sempre se resume a agenciar comportamentos, por si só é uma questão espinhosa, uma vez que, em oposição aos modelos e saberes normativos, sua ética trata “muito mais de uma disposição ao convívio acolhedor, nem por isso tranqüilo, com o inesperado e o irredutível, que caracteriza a alteridade, do que da formulação de regras prescritivas” (FIGUEIREDO, 2000: 7). A hipótese freudiana do inconsciente, que inaugurou a atuação analítica, versa justamente sobre a possibilidade de acolher o contingente e o insabido.

De mais a mais, trata-se de um campo clínico onde a presença do psicanalista é solicitada quando um risco se coloca para o indivíduo no aqui e agora, isto é, no exato momento da eclosão de uma questão que apenas posteriormente poderá se revelar traumática ou não. A noção sobre o tempo que aqui se desvela traz à tona o antigo debate acerca das intervenções emergenciais ou pontuais na clínica psicanalítica, uma vez que esta tradicionalmente preza por uma temporalidade do *a posteriori*<sup>2</sup>.

Ainda assim, perante os enigmas clínicos com as quais nos deparamos, o ato de conceber a posição do psicanalista nesse campo nos parece muito mais próximo de uma idéia inquietante, ou melhor, de um convite ao trabalho, do que de uma impossibilidade. O que se pode oferecer frente à urgência subjetiva e ao desamparo inevitavelmente evidenciados em uma instituição de saúde, senão auxiliar as

---

2 De acordo com Laplanche e Pontalis (1998), a expressão *a posteriori* é “freqüentemente utilizada por Freud com relação à sua concepção da temporalidade e da causalidade psíquicas. Há experiências, impressões, traços mnêmicos que são ulteriormente remodelados em função de experiências novas, do acesso a outro grau de desenvolvimento” (p. 33). Assim, em determinadas passagens da obra freudiana, um acontecimento traumático só se constitui a partir de dois momentos distintos: um primeiro tempo de inscrição destes traços e um segundo episódio que vem ressignificá-los elevando-os a um núcleo patógeno. Entretanto, estudos recentes têm abordado o tema de vários ângulos, em particular, do ângulo que aponta para uma subjetividade multitemporal e variável. Sobre isso, ver: GONDAR, J. O. Winnicott, Bergson, Lacan: tempo e psicanálise. Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica (Rio de Janeiro), v. 9, p. 103-117, 2006.

peças – e aqui incluímos a equipe multidisciplinar, os familiares e seus bebês – a encontrarem seu próprio caminho para lidar da melhor forma possível com seu sofrimento?

Recordemos uma passagem de Winnicott ([1954]2000), autor que trava um constante debate da psicanálise com áreas afins, que sintetiza de maneira clara a hipótese que pretendemos defender:

Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um *processo*, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo (p.374).

Como procuraremos mostrar, o que está implicado nessa proposta de cuidado é o permanente liame que a psicanálise se vê convidada a realizar com outras práticas. É notório que cada campo do conhecimento se detém em aspectos específicos a partir de um determinado ponto de vista. Contudo, se reconhecer as fronteiras inevitáveis entre os diferentes domínios faz parte da condição necessária ao fazer psicanalítico em uma instituição, também é inegável que um espaço de indagação sobre o modelo clínico tradicional se abre.

Dado o propósito dessa discussão, o mérito da inclusão do discurso psicanalítico no espaço hospitalar não será aqui interrogado<sup>3</sup>. Partiremos para o estudo dos efeitos da oferta de um cuidado híbrido em uma instituição médica, isto é, calcado em uma rede de atenção tecida a partir de diferentes olhares.

Diante disto, perguntamo-nos: como delinear a borda de um espaço terapêutico de acolhimento e de fala na atenção multidisciplinar à perinatalidade, sem cair em uma profilaxia ou em uma mera ortopedia psi? Em outras palavras, de que maneira

---

3 Sobre isto ver Arán, M; Moriconi, L. e Alcides, R. O que pode a pele: breve relato de uma experiência com grupo terapêutico no hospital geral. Em: Revista Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. v.16.1, p. 131-147, 2004.

podemos nos situar sem projetar mais uma especialidade que apenas irá denegar e recobrir uma situação de perplexidade com um saber a mais?

No que concerne ao campo da saúde coletiva, essa preocupação é relevante e corresponde aos recentes debates que surgiram em torno das conseqüências indesejáveis de uma exagerada definição “positiva” e ampliada de saúde que, ao incluir em seu bojo a totalidade da experiência humana, acaba por normatizar a vida<sup>4</sup>. Concepção esta, a nosso ver, bastante presente na assistência materno-infantil brasileira e que repercute cotidianamente em nossa atuação.

Feitas as considerações preliminares, que nos guiaram até a escolha de nosso objeto de estudo, vejamos o caminho que elegemos trilhar para construir e abordar a questão.

O trabalho que se segue é uma reflexão teórica sobre uma experiência clínico-institucional no Núcleo Perinatal da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, referência na rede de saúde materno-infantil, inaugurado em junho de 2006. Tal serviço, que como se pode perceber tem pouco tempo de existência, foi escolhido como campo de estudo por ter sido idealizado nos moldes de uma proposta de atenção humanizada e integral. Modelo assistencial, aliás, prezado e recomendado pelo Ministério da Saúde.

Com a finalidade de analisar, e mesmo de apresentar, novas formas de cuidado terapêutico na perinatalidade, propomos uma discussão acerca da entrada da psicanálise nas práticas em saúde materno-infantil e seus efeitos. É preciso sublinhar, entretanto, que trataremos de situações clínicas bastante específicas, delimitadas pelo espaço de uma unidade de saúde terciária de alta complexidade. Ilustraremos, ao longo do texto, os questionamentos éticos e clínicos trazidos por

---

<sup>4</sup> Mais detalhes sobre esse debate em Camargo Jr, K. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. Em: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 76 (1): 63-76, 2007.

essa proposta, através da descrição de vinhetas clínicas e ou de intervenções terapêuticas.

Para nortear nosso estudo, optamos por recorrer à teorização psicanalítica dos envelopes psíquicos, a qual tem Winnicott como um de seus precursores. De acordo com Souza (2001a), as elaborações psicanalíticas feitas a partir do conceito de continente ou *holding* dão relevo a outra dimensão da experiência psíquica distinta - a da representação de um vazio constitutivo. Tais teorias tratam de um campo pré-subjetivo, que é marcado em um primeiro momento pela indiferenciação entre o sujeito e o objeto e que, portanto, se voltam para a análise da função continente que permitirá a constituição egóica.

Partindo dessa perspectiva, no primeiro capítulo serão apresentados o âmbito da saúde materno-infantil no Brasil e as políticas públicas que o sustentam. Em seguida, delinearemos o nosso objeto de estudo e o funcionamento do campo escolhido, no caso uma maternidade de alto risco e suas especificidades. A título de ilustração, destacaremos determinadas situações comuns a tal conjuntura assistencial.

Ainda, nesse capítulo, tendo em vista a recomendação do SUS, de que a integralidade é um modelo de atenção a ser seguido, apontaremos para os impasses que surgem da proposta de uma interseção de diferentes discursos no cuidado em saúde materno-infantil, a saber: o biomédico, o da educação em saúde e o da psicanálise.

Na terceira seção, intitulada o interesse pelos primórdios do processo de subjetivação, situaremos o lugar da psicanálise nesse percurso histórico e destacaremos as principais contribuições psicanalíticas para o estudo da primeira infância. Promoveremos, então, uma discussão da interseção da psicanálise com as

novas descobertas sobre o bebê, a partir da crítica de Perterfreund (1978) e do livro de Stern (1985).

Por fim, na última parte do trabalho, será feito um exame acerca dos conceitos psicanalíticos que fundamentam a prática clínico-institucional na perinatalidade. Aqui as questões teóricas serão entrelaçadas com vinhetas clínicas. Para tanto, lançaremos mão dos principais autores que atualmente são referências para a problemática em jogo. Entre eles, podemos destacar: Serge Lebovici, Daniel Stern, Bertrand Cramer, Bernard Golse e Monique Bydlowski. É interessante notarmos que, apesar de haver entre eles algumas discordâncias práticas e teóricas, todos esses autores já dialogaram ou dialogam entre si.

## **1 A ATENÇÃO INTEGRAL NA PERINATALIDADE**

A atenção integrada no período perinatal delinea-se no Brasil como um novo campo de trabalho, onde conceitos e práticas ainda se definem (CORRÊA FILHO e GIRADE CORRÊA, 2002). O campo da perinatalidade, que era inicialmente reservado às esferas médicas da ginecologia-obstetrícia e da pediatria, apenas de modo recente teve seus limites ampliados, sobretudo na medida em que a díade cuidador-bebê se tornou ponto de interesse.

Segundo Estellita-Lins (2003), foi somente ao longo do século XX que a visada sobre a gênese da subjetividade deslocou seu interesse do indivíduo para esse novo foco. Fato que acabou por conceder um “destaque decisivo à experiência, ao processo de subjetivação e a toda espessura e complexidade das relações intersubjetivas, pré-subjetivas e transindividuais em sua dimensão simbólica e cultural” (p.161). O exame da lógica da relação acaba assim por criar um espaço ainda mais novo de investigação que tem se afirmado como um terreno polifatorial e propício para ações multidisciplinares.

### **1.1 O campo da saúde materno-infantil no Brasil**

É apenas em 1984, com a apresentação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde, que a política de assistência materno-infantil adotou o cuidado integral como meta (CAVALCANTI, 1998). A própria idéia de integralidade na saúde brasileira, noção pensada para superar as dicotomias históricas entre preventivo/curativo e individual/coletivo, somente despontou no contexto da luta pela construção de um sistema de saúde universal,

acessível e de qualidade, projeto reafirmado pela Constituição de 1988 (PINHEIRO e MATTOS, 2001).

Anteriormente, as políticas públicas voltadas para a mulher eram baseadas nos ideais do movimento sanitarista. Toda a assistência restringia-se ao aspecto procriativo sadio e às dimensões biológica e anatômica do corpo feminino, o que delimitava o acompanhamento somente aos cuidados médicos. A rede básica oferecia uma atenção específica para apenas uma pequena parcela da população: as mães em potencial.

A própria denominação dos programas de saúde voltados para as mulheres indicava qual era o enfoque do tratamento: em geral eram programas de saúde materno-infantil, com estratégias voltadas exclusivamente a intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005:656)

Em meados dos anos 80, devido às reivindicações do movimento social feminista, o Ministério da Saúde apresentou uma nova proposta para a redefinição das políticas públicas de saúde da mulher. A proposta do PAISM, calcada no enfoque de gênero, tem como objetivo criar ações que garantam o cuidado integral à mulher e à criança, não apenas através da assistência clínico-ginecológica, mas também a partir da prática educativa, com ações de promoção e prevenção da saúde de ambos (BRASIL, 2004). Tal programa acaba também por romper com os antigos critérios para a eleição de prioridades nesse campo.

Em paralelo, nesse importante contexto de redemocratização política, algumas reflexões quanto à racionalidade médica vigente, que até então faziam parte de críticas internas ao campo da saúde e à prática de seus profissionais, foram apropriadas pelos mais diversos movimentos sociais. Esse debate acerca da humanização das práticas em saúde, que se intensificou nos anos 90, deu origem a



novos programas e políticas públicas que passam a focar o lugar dos pacientes como protagonistas diante de sua terapêutica e a qualidade da assistência como um todo<sup>5</sup>.

Dentre as estratégias recomendadas pelos programas de humanização da saúde materno-infantil que hoje se encontram em funcionamento, pode-se salientar: o direito de escolher a presença de acompanhante no momento do parto e também durante o pós-parto; a criação do alojamento conjunto, um espaço em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, vinte e quatro horas por dia até a alta hospitalar; a entrada livre dos pais dos recém-nascidos na unidade intensiva neonatal e o incentivo para que participem como parceiros da equipe; e as ações educativas que visam o autocuidado.

Podemos perceber que todas essas propostas têm em comum a definição adotada pela Organização Mundial de Saúde, na qual os processos de saúde e de doença não são definidos apenas em termos biológicos, mas como determinados pela interação de uma variedade de fatores sociais, culturais, econômicos e históricos.

Apesar das novas diretrizes, é inegável que no cotidiano da assistência ainda observamos que o atendimento é restrito aos aspectos físicos da gestante e da saúde do recém-nascido. E o mais curioso é perceber que, ainda assim, as taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal precoce por causas evitáveis e que podem

---

<sup>5</sup> Entre os programas de humanização voltados para a atenção materno-infantil lançados pelo Ministério da Saúde pode-se destacar: o Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (BRASIL, 1998); a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 1999-2000) e o Programa de Humanização do Parto, Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002). Tais propostas políticas foram acompanhadas de diretrizes técnicas expostas em manuais que estão disponíveis para acesso no site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

ser prevenidas ainda são muito altas<sup>6</sup>. Nota-se que a dimensão educativa do pré-natal, a importância do aspecto relacional nas estruturas de atendimento e a atenção no puerpério são fatores essenciais, que embora reconhecidos pelo Ministério da Saúde em seus projetos e relatórios, não estão consolidados nos serviços<sup>7</sup>.

Levando em conta estes dados, pensamos em retomar a questão do cuidado integral na perinatalidade, a partir de um debate acerca dos discursos que entram em jogo quando a assistência materno-infantil se propõe a conjugar diferentes profissionais. Para tanto, recorreremos ao relato de uma experiência em uma unidade de atenção às gestantes de alto risco, a saber, o Núcleo Perinatal da UERJ. Serviço este idealizado com base no princípio da integralidade e que, portanto, já nasceu interdisciplinar.

## **1.2 A especificidade de uma unidade de cuidados à gestação de alto risco**

O Núcleo Perinatal da UERJ funciona de maneira integrada ao Hospital Universitário Pedro Ernesto e está voltado não apenas para a assistência integral às gestantes e aos bebês como também para o ensino e a produção científica.

O prédio onde está instalado tem três pavimentos e pode abrigar 101 leitos. Desses, 22 são de unidade de tratamento intensivo neonatal e 4 de unidade intensiva materna. As vagas, que são controladas pela Central de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde, acolhem pacientes vindas de todo o Grande Rio.

---

<sup>6</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, em seu último relatório acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 92% dos casos de mortes maternas são evitáveis (Brasil, 2004). Já o óbito neonatal precoce, ocorrido nos primeiros 28 dias de vida, representa 70% dos casos de mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro, sendo que mais da metade tem causas evitáveis e acontecem em recém-nascidos com boas condições de viabilidade, como os nascidos a termo e com peso adequado (LEAL e GAMA, 2004).

<sup>7</sup> No município do Rio de Janeiro 70% das gestantes iniciam o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez. Fato que denota uma elevada cobertura de atendimento, mas que também aponta para uma nítida falha na qualidade da assistência (LEAL e GAMA, 2004).

O atendimento é especializado nos casos ditos de alto risco, aqueles que “por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe” (BRASIL, 2000: 4). Certos fatores já são reconhecidos como prejudiciais à boa evolução da gestação, tanto para a mãe quanto para o bebê, e quando se encontram presentes pedem um acompanhamento mais específico do quadro clínico. Dentre eles, podemos destacar as doenças maternas que se agravam com a gestação, ou que são desencadeadas nesse período, tais como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes e doenças do colágeno. Os casos de gestação múltipla, de malformação fetal ou de intercorrências clínicas ocorridas durante a gravidez, no trabalho de parto e do parto em si, que possam representar risco fetal também exigem uma atenção diferenciada tanto para o bebê como para a família. Características sócio-demográficas desfavoráveis (idade, peso, ocupação ou dependência química) e a história reprodutiva anterior da mulher (morte perinatal não-explicada, abortamentos habituais, cirurgia uterina anterior, etc) figuram igualmente entre eles (BRASIL, 2000).

Mesmo em um serviço de saúde pública, a atenção oferecida para essas gestantes se diferencia daquela de baixo risco<sup>8</sup> em número de consultas pré-natais e no formato da equipe que ali atua. Tal proposta vem sendo ofertada por projetos de reorganização dos sistemas de atenção apoiados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Devido às inúmeras inovações tecnológicas e a um maior domínio sobre uma série de informações fisiológicas, surgem cada vez mais oportunidades de antecipar e diagnosticar vários problemas ainda nesse período. Assim, uma série de medidas

---

<sup>8</sup> Contudo, devemos sublinhar que a ausência de controle pré-natal na atenção às gestantes ditas de baixo risco, por si mesma, é um fator de risco para a gravidez (BRASIL, 2000).

pode ser tomada, algumas bastante simples, diminuindo consideravelmente o risco. Nesses termos, é recomendado um tratamento mais detalhado e multiprofissional.

Como conseqüência, antes mesmo do nascimento do bebê, inúmeras exigências são feitas a estas mulheres e suas famílias, subvertendo completamente o que seria um acompanhamento médico usual durante a perinatalidade. Em outras palavras, tal dinâmica, essencial para a sobrevivência da mãe e/ou do bebê, compõe um panorama assistencial bem particular.

Não é raro que os mais variados exames, por vezes invasivos, e também medicações, sejam prescritos e revisados constantemente por diferentes especialistas. Em paralelo a isso, podem ocorrer, na gravidez, períodos de internações e recomendações de repouso longo, e que nem sempre garantem a conclusão das tão esperadas quarenta semanas. Algumas gestantes simplesmente chegam a ficar internadas durante dois meses, tempo que pode se prolongar caso elas ou o recém-nascido precisem de cuidados especiais após o nascimento. Além do mais, existem situações no pós-parto em que mãe e bebê ficam separados fisicamente, seja por uma incapacidade temporária dela de oferecer os cuidados básicos ou pela necessidade de uma internação do próprio bebê na unidade de tratamento intensivo. Assim, por vezes, o momento da alta médica da mãe e de seu filho não coincide, obrigando-os a permanecer em um ambiente inóspito.

Na tarefa de sustentar uma proposta de atenção a essa população bem específica, além dos médicos especialistas e enfermeiros, a equipe de rotina do Núcleo Perinatal conta com nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos. Todos esses são lotados no serviço para que idealmente participem dos cuidados diários e das decisões terapêuticas, em vez de apenas responderem aos pareceres de terceiros estando fora dali.

Cabe esclarecer que diferente da atuação nessa unidade, na maioria dos setores do referido hospital, a avaliação e/ou o atendimento psicológico aos pacientes se dão apenas através de pedidos de pareceres para os serviços de Psicologia Médica ou de Psiquiatria. Essa discrepância, aparentemente minúscula, é de grande importância. Vê-se que o contato diário e prolongado com os pacientes e também entre a equipe facilita uma interação no caso de decisões que envolvam mais de um profissional, mas nem por isso ela é menos conflituosa. É evidente que uma unidade de assistência que comporta diversos profissionais em um mesmo ambiente, paradoxalmente coletivo e ultra especializado, cria um cenário no mínimo incomum.

Outra particularidade dessa unidade que merece ser destacada é o fato de estar associada à Iniciativa Hospital Amigo da Criança da UNICEF. O objetivo dessa ação política é mobilizar os trabalhadores em saúde para que mudem as condutas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce, visando não apenas reduzir a morbi-mortalidade infantil, mas também proporcionar benefícios para a família e a sociedade como um todo. Para tanto, são indicadas novas rotinas terapêuticas e informações educativas que facilitem a amamentação nas instituições hospitalares<sup>9</sup>.

O Ministério da Saúde, ao reconhecer a importância dessa iniciativa, diferencia o pagamento dos procedimentos obstétricos realizados nos hospitais credenciados e assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto<sup>10</sup>. Assim, a associação a tal projeto permite ao Núcleo Perinatal oferecer, além do alojamento

---

<sup>9</sup> Tais recomendações se encontram resumidas no documento “Dez passos para o sucesso do aleitamento”, estabelecido pela UNICEF/OMS em 1990. Este pode ser acessado em [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)

<sup>10</sup> É interessante notarmos que a qualidade da assistência materno-infantil acaba ganhando maior destaque e prestígio, na medida em que o incentivo financeiro concedido aos que possuem tal título é repassado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto como um todo.

conjunto para mães e bebês, um local de descanso para as mulheres com filhos internados na UTI neonatal. Com a proximidade da mãe, evita-se não somente a interrupção precoce da amamentação devido à internação do recém-nascido, mas, sobretudo, diminui a separação física e afetiva que fortuitamente ocorre entre a puérpera e seu bebê.

Assinaladas as particularidades de espaço e de funcionamento que compõem tal campo, sugerimos que nosso desafio imediato é a construção de um modelo assistencial, que combine as diferentes tecnologias e saberes com o acolhimento às necessidades intersubjetivas de pacientes e da equipe de saúde. É justamente sobre este tema que iremos nos debruçar a seguir.

### **1.3 Entre o risco de viver e o risco de morrer: um olhar para a dimensão subjetiva**

É sabido que o tempo de gestação, por si só, é um período de grandes remanejamentos social e psíquico para a família, especialmente para a mãe que carrega a criança em seu ventre. Surgem expectativas, são feitos projetos e com isso outras funções e tarefas são exigidas. Junto à espera de uma nova disposição familiar, memórias e lembranças relativas ao nascimento e à infância dos pais e de suas histórias anteriores, até então adormecidas, voltam à tona. São essas informações e representações, impregnadas das experiências individuais e culturais, que possibilitam a tecedura de um lugar para a criança no seio familiar. Podemos compreender essa colocação através de Catão (2002):

Muitos são os fatores que se atualizam e se encenam na gestação e no parto sem que, na absoluta maioria dos casos, a mulher deles se dê conta (...). Desejar ter um filho supõe não apenas a renúncia a um lugar somente de filha de seus pais para aceitar ser mãe, mas

implica outras renúncias: a renúncia a um corpo de menina, depois ao seu corpo de mulher grávida. Por outro lado, o nascimento de um bebê por mais que tenha sido programado, introduz sempre um elemento de surpresa, pois o bebê real nunca corresponde àquele que é esperado. Ele é sempre outro (p. 227).

Agora imaginemos quando, somando-se a esse momento de grandes rearranjos, uma ameaça é anunciada e aparece para a família de forma surpreendente e avassaladora, exigindo forçosamente uma modificação daquilo que se idealizava. Se o que acontece não é minimamente assimilável e não consegue ser elaborado em seus desdobramentos, desaba o que por via de regra sustenta as relações: a possibilidade da escritura de uma história.

O traumatismo conduz a uma abolição simbólica. Algumas vezes, pais e responsáveis da equipe médica não conseguem representá-lo. As coisas permanecem suspensas. Nada escora a situação. Ficamos siderados. Só podemos ser. Não se pensa. É esse furo que traumatiza. Mais tarde, será a dúvida, o luto freqüentemente impossível, a culpa (Ansermet, 2004: 50).

Os votos mortíferos, seja para a mãe, seja para o bebê, trazidos pelo mau prognóstico, colocam todos diante de uma impossibilidade. Lembremos que falamos de um campo de alta complexidade médica, onde nascimento e ameaça de morte se confundem e em que a diversidade dos afetos toma não apenas o corpo a ser cuidado como os seus cuidadores. Como ressalta Ansermet (2004), uma clínica que lida bruscamente com o risco de morte, doença e deficiência concomitantemente ao nascimento, mais do que provocar a angústia, pode engendrar uma incerteza insuportável, típica de um encontro traumático. A título de ilustração, enumeraremos determinadas situações comuns ao panorama assistencial a que nos referimos.

Tomemos inicialmente o tema da patologia materna. Com bastante freqüência, podemos observar que o agravamento do quadro de uma gestante, ou mesmo de

uma puérpera, desestabiliza toda a família que se vê dividida entre o desejo de vida pelo bebê e o temor de que algo ocorra com a mulher. Certos questionamentos feitos pela equipe de saúde, que na maioria das vezes são dirigidos aos psicólogos, apontam também para dificuldade em lidar com esse comportamento ambivalente dos familiares. Vejamos alguns deles. Como acolher um homem que, diante do sofrimento da esposa, implora para o médico retirar o bebê antes da hora? O que leva um pai a visitar diariamente sua esposa na unidade intensiva materna e a não demonstrar qualquer interesse pelo filho que se encontra no berçário? De que maneira se pode auxiliar uma puérpera que afirma com extrema culpa não conseguir olhar para aquela criança que colocou sua vida em risco? O que fazer com uma família que se recusa a levar o bebê para a casa antes da recuperação da mãe? E ainda, o que leva uma mulher a engravidar várias vezes mesmo sabendo que sua vida e da criança estarão potencialmente em risco? Deparamo-nos com dúvidas cotidianas que revelam a necessidade de um constante suporte não só aos profissionais, como também aos pais e familiares, para que eles possam significar melhor os acontecimentos e os diferentes sentimentos, além de ter condições para superar a hospitalização e se relacionar com seus bebês<sup>11</sup>.

*“Na verdade, eu sabia que estava grávida, era eu que não queria ver. Demorei cinco meses para poder ver isso. Eu amo meus filhos, mas estar grávida me incomoda. Parece que estou oca. E o parto é como se fosse o fim de uma era. A sensação que eu tive em outros partos foi que estavam arrancando os meus miolos. Igual quando limpam frango congelado. Nunca mais fui a mesma.”*

(gestante hipertensa sem acompanhamento pré-natal até a vigésima quinta semana; 28 anos; terceira gravidez de alto risco)

---

<sup>11</sup> Mais detalhes sobre essa discussão ver ATEM, Lou. M. Gestação de risco e depressão materna: Psicopatologia Fundamental da infância e clínica com bebês. Dissertação de Mestrado defendida na PUC SP. São Paulo: 2002.



No que concerne ao nascimento de alto risco, alguns impactos sobre a família, o bebê hospitalizado e a equipe de saúde, amplamente discutidos, podem ser também aqui ressaltados. É notório que muitas mulheres, frente a um parto prematuro ou acompanhado de uma malformação, inicialmente não conseguem se aproximar de seus bebês. Isso porque, com o nascimento, ocorre o confronto entre o filho idealizado e o filho real que se impõe com sua existência. Desse modo, o rompimento abrupto ou inesperado da história de uma gestação pode vir acompanhado de sentimentos de incapacidade devido ao nascimento antes do tempo previsto e ainda por não ter conseguido gerar um bebê “perfeito”, o que remete as mães a fantasias destrutivas e a sentimentos de culpa e impotência (Zornig, Morsch e Braga: 2004).

*“Será que ele vai gostar mais do pai do que de mim? Queria muito que ele ainda estivesse na minha barriga... Assim seria só meu.”*  
(puérpera diante da filho recém-nascido prematuro)

*“Estou sendo castigada, pois no início pensei em tirar minha filha. O pior é que agora quem está sofrendo mais é ela, se pudesse trocaria de lugar com ela.”*  
(mãe de um bebê prematuro com 790g de peso de nascimento)

Diante disso e da percepção do bebê como alguém muito fragilizado, não é raro ouvirmos pais que se dizem presos em uma relação aparentemente sem futuro. Os votos mortíferos trazidos pelo mau prognóstico os colocam de cara com uma impossibilidade, trazendo à tona seus conflitos mais arcaicos. Como investir imaginariamente em uma criança que os defronta com suas próprias limitações?

*“Eu não sei por que eu venho aqui. Eu não gosto de falar. Quando eu penso ou falo uma coisa ruim, eu acho que vai acontecer. Eu sou como uma panela de pressão fica tudo preso aqui dentro. Quando não dá e eu escuto ou penso coisas que eu não gosto, eu me corto e me queimo para eu parar de pensar e elas não acontecerem. Mas, agora*

*eu já aprendi que é só fixar um ponto na parede para não ficar maluca. Acho que precisarei ficar perto de uma parede na maternidade quando ela nascer.”*

(gestante na décima semana com diagnóstico de malformação fetal grave)

Em paralelo, observa-se o efeito da própria hospitalização. O acesso dos pais à UTI neonatal é sempre incentivado, porém dificuldades como medo, insegurança e estresse na relação entre pais, bebês e equipe são corriqueiras. A separação da intimidade corporal causada por uma internação do bebê dificulta de antemão o estabelecimento do vínculo afetivo, uma vez que logo após o parto, quando o bebê é levado para outro setor, a mãe é inevitavelmente privada de um contato inicial e vivencia momentos de vazio e solidão. Soma-se a isso o aparato médico e suas intervenções, que acabam por ocupar um lugar de terceiro nessa relação primordial. Assim sendo, é axiomático que a presença materna no cotidiano dessa unidade favorece não apenas a recuperação do bebê como a formação ou mesmo a retomada dos laços afetivos familiares. Entretanto, é inegável que essa mudança na organização hospitalar acabou por criar situações de negociações e de conflitos bem específicas.

É curioso notarmos que alguns profissionais se dizem desconfortáveis na presença dos pais, especialmente quando precisam fazer procedimentos invasivos ou em momentos críticos. Por outro lado, é somente à medida que os pais se familiarizam com a situação e as relações com a equipe se solidificam que eles se sentem “autorizados” em participar dos cuidados de seu filho. Quanto a isso, cabe destacar que, a nosso ver, a valorização dos pais nos cuidados durante a hospitalização é bastante paradoxal. Ao mesmo tempo em que a equipe os inclui e os incentiva no sentido de livre acesso à unidade, também os empurra para uma

posição periférica de apoio nos cuidados de seu filho, na qual se sentem ocasionalmente desautorizados e desnecessários.

*“Tudo o que vocês fazem aqui eu também posso fazer em casa. Só não dão alta para ele porque não acham que sou uma boa mãe.”*  
(mãe em uma discussão com uma enfermeira no berçário intermediário após dois meses de internação de seu bebê)

Observa-se ainda que, pelo fato de ter que assumir este papel, às vezes involuntário, a mulher freqüentemente se encontra como uma presa de emoções perturbadoras. Lembremos que ela passa, da noite para o dia, de um lugar de cuidados, devido a uma gestação de alto risco, para outro, no qual é exigido que preste cuidados incondicionais ao seu filho. Todos os olhares se voltam para o recém-nascido. Não apenas a família, como a própria equipe fica entretida com os seus mínimos movimentos. Não é raro que, durante o longo período de hospitalização do bebê, as visitas de familiares e de amigos também se dirijam somente a ele. E, se estes últimos não têm sua entrada permitida na UTI neonatal, simplesmente não comparecem ao hospital. A permissão para as mães se ausentarem durante um período de algumas horas quase sempre depende da dieta do recém-nascido. E assim a equipe de saúde acaba somente por dar conta da existência dessas mulheres quando estão dentro da unidade ou precisam participar ativamente de algum cuidado específico. Desse ângulo, sugerimos que o lugar de coadjuvante no processo de cura de um filho muitas vezes acaba por reafirmar o mito do amor materno incondicional, uma vez que implica em obrigações e expectativas, as quais geralmente não abarcam a ambivalência tão presente em qualquer relação afetiva<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Para um maior aprofundamento do tema, ver: BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

Conforme exposto, o impacto da internação na UTI neonatal causa ansiedade e muito sofrimento, adicionado ao afastamento da mãe de sua vida cotidiana, o que acaba por interferir no funcionamento da família como um todo. Nesse contexto, encontramos ainda as necessidades dos irmãos e suas fantasias sobre o que estaria ocorrendo com o bebê, que, junto com sua mãe, não pode ir para casa.

Os profissionais de saúde, por sua vez, também têm limites a serem negociados. Uma unidade de tratamento intensivo é um local de cuidados constantes, o que exige uma rotina acelerada e alta tecnologia diante da gravidade dos quadros clínicos. O convívio com situações limite e com a iminência de morte faz de sua prática uma tarefa cotidiana difícil e muitas vezes dolorosa, o que pode interferir na atenção às necessidades mais sutis do bebê e subjetivas de sua mãe. Observamos, por exemplo, que nos casos mais graves e na ausência materna, uma forte ligação é estabelecida entre o profissional e o bebê. Fato que muitas vezes dificulta a entrada da família no dia-a-dia do setor. De mais a mais, aqueles que trabalham na rotina de cuidados enfrentam a constante angústia da família, que tende a projetar na equipe sentimentos ambivalentes difíceis de lidar, além de cobranças e respostas.

*“Será que eu posso começar a freqüentar o grupo para mães de bebês internados na UTI?”*

(fonoaudióloga da equipe da UTI neonatal diante da possibilidade de transferência de um bebê em estado grave que ela acompanhava há três meses.)

O bebê hospitalizado, logo após o nascimento, lida igualmente com aspectos desorganizadores. Entre eles podemos assinalar as perturbações dos ritmos exteriores, a ausência de uma regularidade nas atividades de maternagem, além dos mais diversos estímulos dolorosos. Lembremos que, para alguns recém-nascidos, até mesmo cuidados como troca de fraldas e alimentação podem causar

um incômodo nocivo, o que faz com que sejam privados temporariamente do contato pele a pele, condição necessária para que se manifeste o sentimento de unidade entre mãe e bebê. Diante de tamanho desconforto, vemos que eles tendem a se refugiar no sono ou se tornar superexcitáveis. Comportamentos que têm efeito direto na relação estabelecida com os cuidadores.

Ademais, defrontamo-nos cotidianamente com casos de morte intra-uterina ou de natimortos, o que traz à tona a questão da morte em um serviço usualmente considerado local de nascimento e vida. Mediante a escuta de várias mulheres que perderam seus bebês e que retornam para casa de braços vazios, por vezes somos levados a voltar nossa atenção para o avesso do nascimento. Junto ao trabalho de elaboração da perda, é comum ouvirmos relatos referentes à não identificação com o lugar físico, no caso a enfermaria de gestantes; ao questionamento de seu lugar social e psíquico de mãe; ou ainda relacionados às mudanças corporais que permanecem após a perda fetal ou morte neonatal.

*“Não estou suportando mais continuar aqui (referindo-se a enfermaria de gestantes). Cheguei com minha filha mexendo na barriga e agora vou voltar para casa de braços vazios. Quando senti a dor do parto (induzido para retirada do bebê), tive a esperança de que fosse tudo um engano e de que ela nasceria respirando.”*  
(paciente que acabara de sofrer uma perda fetal com trinta semanas de gestação)

*“Por que sou diferente de minhas irmãs? Elas não têm problemas nenhum na gestação, sobrou tudo para mim. Nem vou a festas infantis, porque me sinto inadequada. Nem sou mãe.”*  
(gestante de 29 anos com doença renal crônica e histórico de duas perdas fetais)

Pelo que ficou dito até aqui, é plausível afirmar que as gestações de alto risco materno e fetal e o modo como os familiares convivem com algumas condições patogênicas do bebê, por si só, são um risco em potencial à saúde mental e ao processo de parentalidade como um todo. Além disso, como apontamos, a própria

internação e a dinâmica da equipe de saúde também podem dificultar o enlaçamento primordial. O que nos parece significativo são as inúmeras configurações de sofrimento subjetivo que se apresentam e fogem não apenas ao âmbito do discurso médico e das práticas educativas em saúde, como também ao modelo clínico tradicional centrado na interioridade do sujeito.

Face aos quadros sintomatológicos que desafiam a clínica contemporânea somos convocados, como nos apontam Maciel Júnior e Kupermann (2005), a pensá-la por “uma composição entre os diferentes saberes implicados na elucidação dos processos atuantes na produção das subjetividades” (p.7). Atentemos para o fato de que o cuidado aos pais e ao bebê no hospital vai ao encontro dessa proposta de uma atenção integrada, já que a problemática original que se depreende dessa clínica, no contexto de uma instituição de saúde pública, orienta-se por um objeto bem peculiar: a relação da tríade mãe-pai-bebê e seus cuidadores.

#### **1.4 O diálogo entre a psicanálise, a medicina e a educação em saúde**

Em um mundo em que a pretensão de um saber hegemônico e de uma verdade universal soa ingênua, apostar no descentramento de uma discursividade única acerca dos problemas e impasses encontrados na clínica caracteriza não apenas um posicionamento epistemológico, mas fundamentalmente um ato político (MACIEL JÚNIOR e KUPERMANN, 2005: 7).

Tendo em vista a proposta de um cuidado integral e humanizado, objetiva-se aqui investigar as interseções entre a psicanálise e os principais saberes atuantes na assistência materno-infantil e as tensões produtivas que surgem no intervalo entre eles. Assim, discorreremos sobre o trabalho de cooperação entre a medicina, a educação em saúde e a psicanálise, quando defrontadas com as diferentes formas de padecimento, que junto ao risco orgânico, desafiam diariamente a equipe

terapêutica e a dinâmica de um serviço hospitalar voltado para as gestantes de alto risco.

Desde seus primórdios, as formulações psicanalíticas se vêem confrontadas com algumas questões fundamentais sobre a natureza da experiência humana indicadas pela prática clínica. Dentre estas, nos interessa trazer à luz aquela que se dirige ao processo inicial de subjetivação, assunto que, apesar de presente nas primeiras teorizações freudianas sobre as psiconeuroses, ganhou especial relevo a partir dos anos 30<sup>13</sup>.

De forma geral, nesta concepção, guardadas as especificidades dos diferentes pensamentos<sup>14</sup>, o tempo cronológico do nascimento de um bebê não coincide necessariamente com a emergência de sua subjetividade. Winnicott ([1966a]2006), um dos pioneiros na clínica psicanalítica com a primeira infância, ao ser interrogado sobre as origens do indivíduo, insiste em dizer que

o psicanalista, mais do que qualquer outro tipo de observador atento, encontra-se numa posição que lhe permite afirmar, a partir de sua experiência clínica, que a vida psicológica do indivíduo não tem início exatamente no momento em que ele nasce (p. 46).

Trata-se de sugerir que o nascimento psíquico não é apenas mero resultado da maturação de determinadas estruturas biológicas, muito menos é um dado *a priori* do desenvolvimento humano. Mais do que isso, ele é uma conquista, algo a ser alcançado. Desse prisma, postula-se no percurso primordial da constituição subjetiva a emergência de algo que está potencialmente presente, mas que, para poder surgir, depende de uma série de cuidados e investimentos dispensados por

---

<sup>13</sup> Essa virada no estudo do sujeito em psicanálise será explorada detalhadamente no capítulo “O interesse pelos primórdios do processo de subjetivação”, onde nos deteremos na história do surgimento da curiosidade psicanalítica pela investigação da subjetividade infantil.

<sup>14</sup> Sobre isso ver o trabalho de Ogden (1996) sobre os sujeitos da psicanálise, na qual o autor explora a noção de sujeito, sua natureza e suas funções nas obras de Freud, Melanie Klein e Winnicott.

outras pessoas e pelo ambiente ao recém-nascido. Ansermet (2004) revela em poucas sentenças o grau de importância sobre o que estamos falando.

No nascimento, estamos aquém do nascimento subjetivo, que, no entanto já está em jogo (...). A questão da constituição do sujeito ultrapassa as leis do organismo e implica outras referências. Essa posição teórica é fundamental se queremos nos dedicar à questão do vir a ser da criança, e não nos contentarmos em reconduzi-la à maturação biológica. Trata-se de vir a ser, tanto quanto de desenvolvimento (ANSERMET, 2004: 63-64)

Freud, na tarefa de propor uma articulação entre o corpo e o psiquismo, sugere em diferentes passagens de sua obra<sup>15</sup> que o nascimento psíquico desde sempre está referido à outra pessoa. Não é possível tomar o recém-nascido como um ser independente da presença de uma alteridade, mesmo que ela ainda não seja reconhecida como tal. É apenas a partir das marcas deixadas por aqueles que cercam o bebê, através das trocas corporais e do contato tátil que se dão por ocasião dos cuidados físicos, que se constitui um fragmento egóico.

No texto “Projeto para uma psicologia científica” de 1895, no qual Freud faz uma descrição fundamentalmente econômica do psiquismo, já podemos identificar algumas idéias que serviriam como base para um dos principais emblemas da clínica com crianças que surgiria anos mais tarde: a impossibilidade do sujeito de se constituir sozinho.

A idéia central do artigo é que todo ser humano nasce em um estado de tensão sem ter possibilidade de administrá-lo. Se abandonado aos seus próprios meios, não lhe restaria saída senão a descarga motora total até a completa eliminação da tensão. Há, portanto, a necessidade da intervenção de um ‘próximo reassegurador’

---

<sup>15</sup> Ater-nos-emos detalhadamente às diferentes contribuições freudianas sobre esse tema no capítulo a seguir.



que frente a essa tensão fisiológica poderá executar uma ação específica que causará alívio, sem a exigência de extinção.

Essa “primeira” experiência de satisfação produzirá na criança um registro fundamental, criando uma representação que tenderá a se reproduzir toda vez em que o estado de urgência se instalar. As marcas deixadas nesse momento “inaugural” pelo encontro com o outro e pelos contatos fisiológicos com o interior do próprio corpo acabam por compor uma organização, possibilitando a emergência psíquica do sujeito (FREUD, [1985]1996). Aqui, a alteridade é descrita como uma força auxiliar que tem um papel fundamental no despertar perceptivo do recém-nascido.

Winnicott ([1960]1993) ratifica esta leitura, ao identificar em Freud ([1911]1996) a inspiração para seu célebre aforismo: “não há tal coisa como um lactente” (p.40). Entretanto, esse autor vai além da teorização freudiana, e afirma que o indivíduo só pode ser concebido em uma *relação*. Expondo o raciocínio à sua maneira, Winnicott ([1952]2000) enfatiza que

se vocês me mostrarem um bebê, mostrarão também, com certeza, alguém cuidando desse bebê, ou ao menos um carrinho ao qual estão grudados os olhos e ouvidos de alguém. O que vemos, então, é a “dupla amamentante”. Hoje de um modo um pouco mais tranqüilo, eu diria que antes das relações de objeto as coisas são assim: a unidade não é o indivíduo, a unidade é o contexto ambiente-indivíduo. O centro da gravidade do ser não surge no indivíduo. Ele se encontra na situação global (p.165-166).

Ao partir dessa premissa, o autor assinalou que os cuidados maternos contínuos nas fases mais primitivas funcionam como um ambiente facilitador para que as tendências inatas à maturação<sup>16</sup> possam se desdobrar. A psique só pode ter

---

16 É essencial explicar que para este autor “o termo processo de maturação se refere à evolução do ego e do *self* e inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto” (WINNICOTT, [1963]1993: 81)

origem dentro de um determinado *enquadre*, a partir do qual o indivíduo pode progressivamente vir a criar um mundo secreto sentido como só seu, o âmago do viver criativo<sup>17</sup>. Assim, ao mesmo tempo em que valoriza o desenvolvimento emocional do sujeito, Winnicott ([1963]1983) ressalta a importância primária do meio para que esse processo se desdobre. A inter-relação entre o potencial inato herdado e a provisão ambiental ocupa em sua obra um papel fundamental, como podemos notar na citação a seguir.

No início o lactente é completamente dependente da provisão física dispensada pela mãe, seja em seu útero e depois como cuidado. Mas em termos de psicologia devemos dizer que o lactente é ao mesmo tempo dependente e independente. Este é um paradoxo que precisamos examinar. Há tudo o que é herdado, incluindo os processos de maturação, e talvez tendências patológicas herdadas; estas têm uma realidade própria, e ninguém pode alterá-las; ao mesmo tempo, o processo maturativo depende para a sua evolução da provisão do ambiente. (...) Mas, o ambiente não faz a criança. “Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial” (WINNICOTT [1963]1983: 81).

Na primeira etapa do desenvolvimento emocional, exposta pelo autor ([1948]2000), o recém-nascido se encontra por longos períodos em uma condição de não-integração primária, de diferentes e desencontradas impressões, e por isso depende de forma absoluta do suporte egóico, da proteção e da segurança oferecidos por outra pessoa. Desse prisma, a mãe ou substituta deve estar afinada o bastante com as necessidades de seu bebê, sendo capaz de percebê-las e assim proporcionar um ambiente seguro de cuidados para ele, isto é, um *holding* físico e psíquico.

---

<sup>17</sup> O viver criativo é para Winnicott ([1970]1999) uma experiência universal. Qualquer indivíduo saudável que tenha tido a oportunidade de vivenciar um período de ilusão na primeira infância dispõe de oportunidades de promover este atributo tão desejável. “Para ser criativa, uma pessoa tem que ser, e ter um sentimento de existência, não na forma de uma percepção constante, mas como uma posição básica a partir da qual pode operar” (p.23).

Esclareçamos a última afirmação. Winnicott utiliza o termo *holding* para se referir não somente ao segurar físico do bebê, mas também à provisão ambiental total. No artigo *Pediatria e Psiquiatria*, de 1948, ele assinala algumas características comuns às mães que promovem tal provisão, entre elas podemos destacar: seu amor é expresso de modo físico, através do calor corporal, do contato tátil, da alternância entre o movimento e a quietude de acordo com as necessidades do bebê; ela simplesmente está ali para ser sentida continuamente pelo seu bebê através de seu cheiro, de sua respiração e de seus batimentos cardíacos; ela é capaz de respeitar o tempo do bebê, ao invés, de simplesmente impor a realidade externa. Isso implica em manter certa periodicidade no meio ambiente, protegendo o bebê de sustos e coincidências, ao mesmo tempo em que consegue perceber sua capacidade crescente de lidar com as exigências exteriores.

Trata-se de sugerir que essa sustentação materna do estado de continuidade de ser da criança, em conjunto com as suas experiências instintivas, é o que possibilita a conquista posterior do sentimento de *'eu sou'* que substituirá progressivamente a experiência inicial de fusão unitária. Neste momento do processo maturacional, se dá a integração do bebê no tempo e no espaço, ainda que ocasionalmente possa haver um retorno espontâneo para a não-integração como uma maneira de descanso.

Por acreditar que o bebê é um ser humano por direito próprio, a mãe não apressa o seu desenvolvimento, e assim capacita o bebê a apropriar-se do tempo, a ter o sentimento de existir interno e pessoal. Para a mãe a criança é um ser humano total desde o início, e isto a torna capaz de tolerar a sua falta de integração e o seu tênue sentimento de viver-dentro-do-corpo (WINNICOTT, [1948]2000: 238).

Podemos perceber na citação acima que, além da integração egóica, outra aquisição potencial importante surge facilitada pelo suporte, manejo e manuseio

materno, a saber: o sentimento do bebê de estar dentro do próprio corpo, ou melhor, de ter contato com seu funcionamento corporal. É a forma como a mãe embala e toca em seu filho que permite esse trabalho de personalização, no qual é estabelecida uma inter-relação saudável entre a psique e as experiências corporais (sensações, impressões, motilidade, etc).

Ainda nesse momento inicial do desenvolvimento psíquico - note-se que Winnicott ([1962]1983) não cessa de nos lembrar “que o começo é uma soma dos começos” (p.56) - encontramos outro processo constitutivo do ego: o relacionamento primário com a realidade externa. Para que o bebê possa gradualmente lidar com o princípio da realidade é necessário que ele tenha vivido uma primeira “ilusão de onipotência”. Para que essa ilusão se realize, alguém tem que poder apresentar o mundo para ele de uma maneira compreensível e limitada de acordo com as suas necessidades. Em termos winnicottianos, o cuidador deve ser capaz de apresentar os objetos no momento adequado em que a criança está preparada para criá-los e vinculá-los com aquilo que é real. Quando a mãe apresenta o objeto ao bebê, “o que é comunicado a ele é: *venha ao mundo criativamente. Crie o mundo. É apenas aquilo que você cria que tem significado para você*. Posteriormente é acrescentado: *Você controla o mundo*” (Winnicott, [1968]2006: 90).

Assim, para Winnicott, a ilusão é um meio primário de acesso ao sentido de externalidade do mundo compartilhado. Entretanto, não podemos nos esquecer que sua teorização é fundada sobre “um princípio de individuação dotado de grande mobilidade, deslocando-se em um espectro potencial de possibilidades” (ESTELLITA-LINS, 2007: 376). Postura que vemos refletida em sua afirmação de

que pelo resto da vida ocorre um sucessivo intercâmbio entre a realidade interna e externa, no qual ambas são enriquecidas<sup>18</sup>.

Pelo valor atribuído à adaptação ativa materna, Winnicott preocupou-se em explicar os mecanismos através dos quais a mulher se comporta espontaneamente como uma “mãe suficientemente boa”. O referido autor mostrou que essa capacidade natural de se colocar no lugar do bebê ocorre devido a uma regressão parcial da mãe, despertada pelo nascimento de um filho, à sua própria experiência de ter sido cuidada. Ele compara esta condição psicológica especial a um estado de retraimento e dissociação temporários, e a nomeia de ‘preocupação materna primária’. Deste modo, escreve:

Comumente a mãe entra numa fase, uma fase da qual ela comumente se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê e o bebê é ela. E não há nada místico nisso. Afinal de contas, ela também já foi um bebê, e traz com ela as lembranças de tê-lo sido; tem, igualmente, recordações de que alguém cuidou dela, e estas lembranças tanto podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe (WINNICOTT, [1966b]2006: 4).

A saúde mental e física de uma criança pode depender, portanto, da capacidade do cuidador ingressar e sair desse estado de “loucura necessária”. Deparamos-nos aqui com a importância das falhas progressivas nos cuidados maternos que, como Winnicott ([1966b]2006) bem destacou, devem ser *suficientemente* bons. Um cuidado infalível ou uma adaptação muito variável revelam-se traumáticos, o que impede a criança de viver continuamente a passagem de um estado de dependência absoluta a uma dependência relativa.

---

<sup>18</sup>Gostaríamos ainda de frisar que o autor se referiu não somente à interdependência entre estas duas formas de experienciar e perceber o mundo para o amadurecimento pessoal, mas o hiato existente entre elas. Sobre isso ver seu artigo de 1951, “Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais”.

Desse modo, a mãe precisa ser sensível para perceber e acompanhar a gradual capacidade do bebê compreender, tolerar e se recuperar dessas falhas, tornando-as minimamente previsíveis para ele. Trata-se de sugerir que se a mãe respeitar a tolerância da criança em relação às suas idas e vindas, a experiência compartilhada é descoberta sem que haja uma perda do sentimento de *ser*.

Essa função identificatória, ressalta ainda o autor, está intimamente ligada à estabilidade e à confiança da mãe. É justamente a reafirmação da confiança que mantém o *holding*. “Somente com base na monotonia pode a mãe adicionar riqueza de modo produtivo” (WINNICOTT, [1945]2000: 228). Monotonia entendida como uma continuidade rítmica entre mãe e bebê, ou melhor, como uma experiência de mutualidade. Aqui encontramos um dos principais aspectos da saúde mental futura, pois é através da confiança no ambiente que o bebê, gradualmente, pode começar a existir, a integrar um ego pessoal, a dominar os instintos e a confrontar-se com todas as dificuldades da vida.

Winnicott sinaliza que, para que essa experiência possa ser vivida pelo contexto mãe-bebê, é preciso que haja uma sustentação familiar, isto é, um promotor do estágio de preocupação: no caso, a figura paterna. Na obra winnicottiana, o papel do pai, absolutamente necessário nos primórdios do desenvolvimento, é descrito como semelhante a um ambiente indestrutível que, sempre presente, proporciona proteção e suporte à vulnerabilidade da mãe, para que ela possa viver esse alto grau de identificação com o filho como natural (WINNICOTT, [1945] 2000).

Apesar de ser um dos primeiros psicanalistas a ressaltar a importância paterna para a constituição subjetiva precoce, o autor não disserta sobre os efeitos do tornar-se pai na vida psíquica do homem, dedicando-se quase que integralmente ao

estudo do psiquismo materno. E, efetivamente, as observações de Winnicott acerca da existência de uma preocupação materna primária inauguraram um novo campo de estudo que direciona a atenção para os conteúdos psíquicos da mulher grávida.

Não obstante a descrição esquemática e aparentemente singela dos primeiros contatos do recém-nascido com seu entorno, a contribuição de Winnicott mais expressiva versa exatamente sobre o lugar da alteridade nesse domínio não-pulsional<sup>19</sup>, apontando para a paradoxalidade desse momento.

Atentemos que desde sempre existe um “processo bidirecional em que a criança vive num mundo subjetivo e a mãe se adapta”, mas isso inicialmente não é sentido, percebido e muito menos representado como tal (WINNICOTT, [1967]1999: 5). Por esse motivo, quando o autor se refere ao meio externo, ao ambiente ou aos cuidados maternos, ele fala da perspectiva de um observador de fora, já que, na dimensão pré-subjetiva da experiência, do ponto de vista do bebê ainda não há uma diferenciação entre algo externo e interno. A criança, que ainda não tem consciência desse suprimento por parte do objeto, percebe o mundo real como uma criação própria e subjetiva, sentindo que cada movimento e gesto seus são espontâneos. Assim, tanto o *holding* do ambiente como os impulsos internos inatos do indivíduo são vividos como fazendo parte dessa experiência simples de *ser*. Sobre isso Winnicott escreveu:

(...) nenhum sentimento de *self* surge, a não ser numa relação com o sentimento de ser. O sentimento de ser é algo que precede a idéia de ser-um-com, pois ainda não existe nada, exceto a identidade. Duas pessoas separadas podem *sentir-se* como única, mas no que estou examinando, o bebê e o objeto são um só. A expressão identificação primária talvez tenha sido empregada exatamente para isso que escrevo. Estou tentando demonstrar a importância vital

---

<sup>19</sup> Winnicott descreve esse domínio como não-pulsional da experiência, na medida em que “existe, aqui, um relacionamento vitalmente importante entre o bebê e sua mãe, que, no entanto não deriva da experiência instintiva nem da relação objetal surgida a partir da experiência instintiva. Esse relacionamento é anterior à experiência instintiva, paralelo a ela, e entremeado a ela” (WINNICOTT, [1952]2000: 164).

dessa primeira experiência para o começo de todas as subseqüentes experiências de identificação (WINNICOTT, [1971]1975: 80)

Loparic (2006) é um autor que retoma magistralmente essa distinção winnicottiana entre a identificação primária e a relação de objeto propriamente dita, questão teórica que nos parece fundamental.

O primeiro desses mundos é o subjetivo, constituído a partir da identificação primária do bebê com a mãe-ambiente ou, como Winnicott diz ainda, com a mãe-objeto subjetivo. Essa identificação, pressuposta em todos os tipos de “relações com objetos” posteriores, não é, ela mesma, uma relação (objetal). “É axiomático”, diz Winnicott, “que não há relacionamento com objeto subjetivo”. As relações objetais propriamente ditas só começam depois da criação de um novo mundo, o mundo externo, o que pressupõe a constituição de um novo sentido de realidade – o de realidade objetivamente percebida: “O mundo acha-se lá para o relacionamento apenas na medida em que é objetivamente percebido, sendo aquilo que chamamos de externo à criança” (LOPARIK, 2006: 25).

Enfim, gostaríamos de acentuar o postulado psicanalítico de que a experiência subjetiva depende de uma complexa relação entre corpo, afeto e linguagem. Partindo dessa premissa, inúmeros autores questionam os efeitos do cuidado biomédico e de suas especialidades para esse momento inicial da vida em que as bases da saúde psíquica se estabelecem. Como procuramos mostrar, direcionamo-nos para situações clínicas bastante específicas, nas quais o processo inicial de subjetivação se dá exatamente na fronteira com a medicina. Racionalidade conhecida por primar pelo espírito científico moderno, e que, portanto, tende a produzir o apagamento de toda variável que escapa ao registro biológico da doença e do adoecer e que possa interferir na intervenção médica. Nessa perspectiva, qualquer dimensão subjetiva e imaginária, incluindo aí os convites à fala e aos afetos, que são na maioria das vezes estranhos ao seu método de produção de



saber, é silenciada em nome de uma razão cientificista construída sobre a ordem da causalidade<sup>20</sup> (CAMARGO JR.,2007).

É inegável o avanço terapêutico e técnico obtido nos últimos 40 anos para o tratamento dos casos de gestação de alto risco, mas só recentemente o encantamento pela tecnologia deu espaço para o questionamento acerca da complexa interface entre os fatores somáticos e psicossociais. Trata-se agora de pensar como promover a saúde mental junto à sofisticação tecnológica responsável pela sobrevivência do pequeno ser e de sua mãe, pois somente assim poderemos conceber elaborações consoantes ao ideal ético de multidisciplinaridade (CUNHA, 2004). Nesse sentido, algumas indagações são feitas pelos diferentes profissionais que atuam nesse campo da saúde: quais seriam os efeitos a longo prazo da separação súbita que se dá entre pais e bebês durante uma hospitalização para ambos os envolvidos? Qual o lugar simbólico que será dado em uma família a um recém-nascido que é tido como um sobrevivente pela equipe médica? Será que a dor causada pelos procedimentos necessários realizados no corpo do bebê introduzirá uma memória em seu corpo?

Notem-se como estas questões vão ao encontro da necessidade de humanizar as práticas de atenção materno-infantil no âmbito da saúde pública, discussão recorrente nos últimos anos. Faz-se importante ressaltar que, embora existam várias formas de encarar o significado da humanização, aqui nos interessa retomar a definição que reconhece o valor dos diferentes sujeitos e discursos implicados no processo de produção de saúde, além das relações interpessoais que

---

<sup>20</sup> Todavia, é importante perceber que, paralela à constituição de tal discurso cientificista hegemônico, a discussão sobre a relação entre os fenômenos somáticos e psíquicos esteve sempre presente no pensamento médico. Encontramos, por exemplo, dentro da medicina, correntes que interrogam uma concepção do corpo unicamente como biológico ou como herança genética. Essas escolas, entre elas a medicina psicossomática, admitem não somente que o psiquismo possa ter importante incidência no corpo, mas também que a forma de tratá-las não responde simplesmente ao modelo médico que preza pela dimensão biológica. Sobre isso ver: Mello Filho, J. (org.). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas,1992.

são estabelecidas entre eles. Em síntese, o que está em destaque é a complexa noção de saúde privilegiada pelo SUS, que tem como eixo principal uma vida com qualidade em suas diversas dimensões (ambientais, socioeconômicas, biológicas e subjetivas).

Em nosso cotidiano podemos perceber um crescente reconhecimento das políticas públicas de humanização e de suas diferentes propostas de mudanças na rotina de trabalho, tais como a valorização da autonomia dos usuários do serviço e o trabalho em rede com equipes multiprofissionais. Contudo, um aspecto especial nos chama a atenção: a dificuldade dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva e social que toda prática de saúde presume. E aqui não estamos nos referindo somente àqueles que têm o saber médico como norte de sua atuação, mas também aos que sustentam o viés educativo na assistência.

Cabe apontar que atualmente as práticas educativas são enfatizadas pelo Ministério da Saúde como uma das principais formas de intervenção na assistência integral à saúde da mulher. Aqui a proposta é que os profissionais de saúde forneçam instrumentais para que o paciente possa fazer sua própria escolha dentro das suas vivências e expectativas. Visa-se não apenas a transmissão de conteúdos e habilidades, mas o aumento da capacidade criativa do indivíduo para detectar os problemas reais e buscar-lhes soluções originais que estejam relacionadas com suas raízes culturais, históricas e sociais (CAVALCANTI, 1998). Na prática assistencial, entretanto, vemos diferentes posturas diante do papel da educação em saúde. Apesar dos recentes debates acerca da valorização do saber do paciente sobre si mesmo, infelizmente ainda nos deparamos com ações educativas que

apenas reproduzem o modelo tradicional filiado às práticas higienistas, nas quais o paciente é mero receptor passivo de condutas e normas a serem seguidas<sup>21</sup>.

Um exemplo comum, tanto à racionalidade médica como ao discurso educativo tradicional, que podemos destacar, é o fato de a experiência da parentalidade ainda ser vista pela equipe de saúde em suas bases biológicas, ignorando-se que ela é resultado de processos sociais e simbólicos que levam a significações distintas. O apego dos pais ao seu filho não é instantâneo com o nascimento, mas antes de tudo é um processo contínuo de reconhecimento mútuo entre as duas partes. Nesse sentido, parece não existir espaço para a aceitação de que o tempo da gestação e o processo da parentalidade implicam normalmente em um grande trabalho de elaboração psíquica, que só assim possibilitará a construção de um vínculo que é singular caso a caso. Tarefa que, inclusive, tende a ser atrapalhada quando há patologias ou intercorrências maternas e neonatais que possam levar à quebra desse processo. Simplesmente, se examinarmos com atenção um serviço voltado para gestantes de alto risco, vê-se que a imagem de um amor incondicional, altruísta e até renunciador da própria existência permanece imaculada, senão por vezes incentivada pela equipe de saúde.

Arriscar-nos-famos ainda a afirmar que cada vez mais as práticas médicas e educativas, ao proporem inúmeras e inovadoras técnicas de cuidados do corpo, orientações sobre o recém-nascido e vantagens da amamentação, acabam por reafirmar a máxima 'quem ama, cuida'. Sem, no entanto, observar que essa presença materna também exige uma disponibilidade de ordem subjetiva, que por vezes ultrapassa quaisquer informações a que essas mulheres tenham tido acesso.

---

<sup>21</sup> Assis (1998) apresenta um histórico do desenvolvimento da noção de educação em saúde no Brasil e destaca pelo menos três modelos: modelo tradicional; modelo crítico e o modelo do agir comunicativo. Este último mais próximo ao descrito como modelo de atuação pelo PAISM.

As próprias iniciativas de humanização da assistência neonatal, que visam à promoção de um contato imediato da mãe com seu filho, também conduzem a uma forma particular de viver essa experiência do nascimento diferente. Ainda nesse contexto, diga-se de passagem bastante contraditório, merece nossa atenção o fato de que esse mesmo discurso que normatiza o comportamento das mulheres durante o período perinatal, preza veementemente por uma naturalização da gestação, indicando o parto sem anestesia e a amamentação prolongada a todo o custo.

Contudo, os aspectos não-capturáveis da existência humana, mesmo quando ignorados ou silenciados, retornam de maneira incisiva, confrontando os profissionais e seus saberes pretensamente absolutos. Assim, configura-se uma demanda emergencial, endereçada ao psicólogo, de apaziguamento ou de resolução das situações limites que escapam ao arsenal terapêutico da equipe de saúde e que causam um mal-estar generalizado. Desse prisma, verifica-se que de antemão o lugar reservado ao profissional psi na dinâmica hospitalar é o de realizar um trabalho essencialmente alinhado à medicina, auxiliando a solução de um impasse que impede o projeto médico de cura orgânica. Na saúde materno-infantil isso não é muito diferente.

Não é raro recebermos gestantes desesperadas que se queixam da indiferença e do abandono de seus companheiros desde o momento do anúncio de uma gravidez planejada, ou mesmo que se culpam por uma tentativa mal sucedida de aborto no início da gestação, e não conseguem amamentar. Tais comportamentos marcados pela coexistência de sentimentos ambíguos que se manifestam de modo brutal, na maioria das vezes, são compreendidos pela equipe terapêutica como fora da norma social ou mesmo como uma patologia. Como, então, compartilhar a

atenção sem esbarrar em uma normatização pedagógica que leva em conta somente a realidade física da doença<sup>22</sup>?

Dentro deste panorama, poderíamos sugerir que a contribuição da psicanálise para este campo é a possibilidade de oferecer aos pacientes sair de um efeito de sideração, ou mesmo de abolição simbólica, através da criação de um espaço que os permita nomear e representar, em suas próprias palavras, experiências por vezes impensáveis. Atentemos, contudo, para o fato de que, mesmo nessa proposta de atuação, corre-se o risco de cairmos na armadilha de reproduzirmos apenas mais um olhar sobre a patologia que tampona o sofrimento do indivíduo, ou pior ainda, que suprime algo da ordem de um não-dito em favor de uma adequação às normas institucionais. Além disso, tal posição também denegaria o fato de que qualquer intervenção psicológica nesse contexto sob o qual nos debruçamos é perpassada pelos demais discursos necessários que ali se manifestam, e que eles, impregnados por suas bases epistemológicas e éticas específicas, também produzem diferentes posições subjetivas.

Em conclusão, gostaríamos de propor que a contribuição mais valiosa de um olhar psicanalítico para o cuidado integral é a de sustentar um lugar para o impasse e para as contingências na dinâmica cotidiana do serviço de saúde, possibilitando que as dimensões subjetivas e afetivas ganhem corpo e sejam ouvidas. Sem que, contudo, haja a exigência de respostas. Quem sabe assim esses domínios tão singulares, que são inerentes à experiência humana, possam ser também incluídos no desenho de um tratamento.

---

<sup>22</sup> Sobre essa discussão que também perpassa a atuação do psicólogo na pré-consulta, uma atividade de educação em saúde desenvolvida diariamente no ambulatório de pré-natal, ver PÁDOVA MOREIRA, Raquel. Monografia de Conclusão da Residência em Psicologia Clínico-Institucional no HUPE/UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

Quando falamos na criação de um espaço que seja minimamente negociável diante das possibilidades e desejos de cada indivíduo implicado nessas relações, incluímos nesse projeto a equipe de saúde, já que o sofrimento não atinge somente os pacientes e seus familiares, mas todos aqueles que escolheram trabalhar diretamente com os contornos bastante imprecisos do corpo e da experiência humana. De fato,

o saber do psicanalista lhe concerne em primeira ordem, uma vez que ele aprendeu – contra si mesmo, contra sua própria formação anterior – que o saber é inseparável de tramas não sabidas, inconscientes, e que as tramas de cada um sustentam-se de diferentes modos, em uma singularidade que escapa a todo e qualquer projeto de classificação” (Szpirko, 2000: 60).

Uma vez que não temos e nem pretendemos responder às questões sobre o destino do bebê e de seus pais, mais do que prevenir precocemente uma patologia ou determinar o futuro do vínculo que se estabelecerá entre eles, trata-se da construção de um lugar de liberdade. Como destacou Ansermet (2003), o papel do psicanalista na clínica da origem é o de criar não somente um espaço discursivo, mas também sustentar uma imprevisibilidade, que é fundamental para a resposta do sujeito que, por vezes, ainda está por advir. O encontro com os impasses também possui um potencial criador. Ansermet (2003), ao discorrer sobre um possível trabalho de cooperação entre a neonatologia e a psicanálise, nos dá algumas pistas de como estabelecer uma interseção capaz de promover interferências distintas:

interessar-se pela estrutura psíquica ou pela influência do meio ambiente não permite ao analista subtrair-se da questão dos determinantes corporais. Psicanálise ou biologia, uma não exclui a outra. Isso não impede que alguma coisa deva ser ouvida além do que o corpo revela. Temos que dirigir nossa atenção para o que diz a criança, sua família, a maneira como a doença é vivida, como é investida a história médica, o modo como acontece um fenômeno somático em relação à história, ao meio ambiente, aos fatos, aos

diferentes momentos da relação com o médico, com a equipe que cuida da criança ou com o seu psicanalista (p.14).

Cabe destacar que não se trata de uma proposta de adaptação ingênua dos diferentes campos, já que sabemos serem irreduzíveis um ao outro. Isso também não deve ser encarado como um obstáculo ou um problema a ser superado através de uma redução recíproca entre eles. O importante é que cada um deles assuma os efeitos de sua práxis e suas contradições internas para que assim possam ser dialetizados, com a finalidade de produzir e acolher as mais diversas posições diante da experiência de adoecimento.

## 2 O INTERESSE PELOS PRIMÓRDIOS DO PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO

Pode-se localizar o início de uma mudança no olhar acerca dos primeiros anos de vida da criança, principalmente nos países anglo-saxões e na França, durante e após a Segunda Guerra Mundial, período no qual houve um número considerável de perdas para as famílias. Frente a esse panorama social, a problemática da falta, da insuficiência de interações e suas implicações para o ser humano começaram a ser debatidas.

A partir dos anos 40, incentivadas pela Organização Mundial de Saúde, foram empreendidas inúmeras investigações sobre a relação mãe e filho e os efeitos de sua interrupção ou descontinuidade precoce para o desenvolvimento infantil. Dentre estas, podemos destacar a monografia de Bowlby ([1954]1995), que além de conter sua leitura pessoal sobre o tema, ostenta uma vasta pesquisa bibliográfica acerca dos principais trabalhos mundiais que abordavam os efeitos imediatos ou a longo termo da carência de cuidados maternos.

Interessado pela natureza do elo que une o bebê a sua mãe, Bowlby ([1957]1997) buscou nas pesquisas da etologia e nos trabalhos genéticos de Piaget o suporte teórico que não encontrava na metapsicologia. Através de seu estudo do comportamento de afeto, concluiu que o estabelecimento dos laços afetivos durante a primeira infância é inerente à natureza humana e está na base da saúde mental do indivíduo.

Contudo, ao postular a existência de uma pulsão de apego, ou de um vínculo primário e não-libidinizado, Bowlby se afastou da teoria pulsional freudiana, chegando ao que denominou Teoria do Apego<sup>23</sup>. Por muitos anos, essa teoria foi

---

<sup>23</sup> A partir dessas observações, o referido autor, em 1969, formula a Teoria do Apego. Para Bowlby (1969[1990]) todo ser humano herda um potencial para desenvolver determinados tipos de sistemas



excluída de aplicações clínicas relacionadas à psicanálise, pois ao considerar o comportamento de ligação como tendo uma origem biológica, supostamente negligenciava o papel das fantasias e conflitos inconscientes dos pais na instauração dessa relação. Se, por um lado, Bowlby é apontado como pouco sensível à dimensão do conflito intrapsíquico, por outro, é o primeiro pesquisador que, através de observações diretas, consegue estabelecer uma ponte entre o estudo dos comportamentos precoces e as hipóteses metapsicológicas<sup>24</sup> (LEBOVICI, 1987).

Ainda que seus estudos tenham sido criticados por darem margem para uma pedagogia psicanalítica que visaria suprimir qualquer frustração da criança, as contribuições dessa revisão teórica são inegáveis. Podemos compreender esta colocação através de Estellita-Lins:

Os estudos sobre o apego transformaram a relação da mãe com a criança em realidade científica e constituíram-na como objeto digno de pesquisa – uma experiência antes considerada simples, óbvia e talvez redundante passa ao centro das atenções (ESTELLITA-LINS, 2003:159).

De fato, o reconhecimento dos fatores afetivo e interativo como alguns dos elementos do desenvolvimento humano, não apenas deu ênfase às idéias de cuidado substituto e prevenção em saúde mental das crianças pequenas, como também possibilitou a criação de políticas públicas voltadas para as mães e seus bebês (LEBOVICI e SOULÉ, 1980).

---

comportamentais que só irá se desenvolver na interação com um cuidador. É interessante percebermos que, diferente da teoria do apoio postulada por Freud (1905 [1996]), o comportamento de apego é aqui descrito como primário, ou seja, não é tido como uma consequência da satisfação das necessidades fisiológicas básicas do indivíduo.

<sup>24</sup> Essa questão não será aprofundada aqui, mas aqueles que se interessarem podem consultar (GOLSE, 2003).

Paulatinamente, o interesse científico foi estendido até a compreensão das sutilezas da relação mãe e bebê, o que acabou por inaugurar um novo campo de atuação: a pedopsiquiatria. Golse elucida essa passagem:

É mais ou menos na mesma época, nos anos 40-45, que se dispuseram os dois grandes primeiros casos da pedopsiquiatria, isto é, o autismo infantil em 1943 (L. Kanner) e as primeiras descrições das depressões do bebê (Anna Freud, Dorothy Bulinghan, René Spitz, J. Bowlby e J. Robertson). Eu creio que aí está uma coincidência importante: no momento em que se concede ao bebê, enfim, oficialmente o direito à vida psíquica, se é obrigado a conceder-lhe o que aí está inerente, quer dizer, o “direito” ao sofrimento e à loucura (GOLSE, 2003:14).

Além dos psiquiatras, pediatras e dos puericultores, um importante movimento psicanalítico se orientou para realizar observações diretas em creches e orfanatos, movido não somente pelo reconhecimento da importância das experiências afetivas precoces, mas por um crescente interesse sobre a desorganização psíquica infantil.

Foi nessa linha de pesquisa, por exemplo, que se inscreveram as formulações de René Spitz ([1945]1979) sobre os distúrbios somáticos no início da infância, evidenciados a partir de modificações nas relações objetais. Em seu trabalho, o autor associou os conceitos psicanalíticos aos métodos experimentais de investigação psicológica (imagens filmadas e observação direta) e acabou por enfatizar o papel da provisão materna para a constituição psíquica da criança. A título de ilustração do que acabamos de dizer sobre as contribuições de Spitz, Cramer e Palácio-Espasa escrevem:

Quando se avalia, retrospectivamente, o impacto da obra de Spitz – atualmente já relegado ao museu dos ancestrais –, é preciso reconhecer que foi considerável, eclipsando o alcance de muitos trabalhos contemporâneos em psiquiatria da primeira idade. É preciso lembrar que ele fazia parte de um grupo de psicanalistas que procurava estudar o que, na época, era chamado de “fases pré-genitais”, num esforço de elucidação das premissas da vida psíquica, para completar a obra de Freud, cujo eixo principal se referia à constelação edípica, dando menos atenção ao papel da

mãe na estruturação precoce (CRAMER e PALACIO-ESPASA, 1993: 5).

Ao observar dois grupos diferentes de bebês, de seis a oito meses de idade, durante um ano e meio, Spitz ([1945]1979) nos alerta para os efeitos psicológicos inibitórios, às vezes irreversíveis, produzidos pela ausência de relações vinculares satisfatórias no primeiro ano de vida. No decorrer desse estudo, o autor notou, no primeiro grupo de sua amostragem, que algumas crianças pequenas, mesmo quando bem cuidadas fisicamente no orfanato, apresentavam dificuldades no seu desenvolvimento social, afetivo e motor. Faltava-lhes apetite, não ganhavam peso e, em longo prazo, perdiam o interesse por se relacionar, o que por vezes levava ao óbito<sup>25</sup>. Percebeu, ainda, que o cuidado materno substituto dispensado a elas se resumia quase sempre à alimentação e aos cuidados corporais básicos e ocorriam de forma mecânica, não havendo qualquer sinal de afeto, fosse através do toque, do embalo ou das palavras.

Em contraste, na segunda amostra, um berçário da prisão de mulheres onde os recém-nascidos permaneciam cuidados pelas próprias mães, revelou-se um desenvolvimento saudável e compatível com a idade deles. Diante de tais fatos, atentamente estudados por um longo período, Spitz ([1945]1979) supôs que a insuficiência qualitativa e mesmo quantitativa de um investimento afetivo minimamente estável, poderia causar efeitos desastrosos para o desenvolvimento infantil como um todo.

Suas contribuições não apenas salientaram o impacto dos conflitos inconscientes maternos sobre a interação, como também estabeleceram uma relação entre a atividade psíquica e o funcionamento sensorial do recém-nascido, o

---

<sup>25</sup> Spitz (op. cit.) estudou detalhadamente essa sintomatologia, classificando-a de acordo com a gravidade e irreversibilidade do quadro clínico. Entre os distúrbios psicossomáticos descritos pelo autor podemos apontar para a depressão anaclítica e o hospitalismo, que ainda hoje, são referências para a pedopsiquiatria.

que deu ênfase ao papel do meio externo na estruturação do sujeito (Cramer e Palacio-Espasa, 1993).

Essas investigações clínicas, outrora recomendadas por Freud ([1914] 1996)<sup>26</sup>, suscitaram um enorme número de contestações que pareciam consideravelmente enriquecer tanto a construção psicanalítica como os estudos do desenvolvimento humano. Com efeito, a direção dessas pesquisas provocou um grande alvoroço nos círculos psicanalíticos, uma vez que se propunham a utilizar os seus conceitos num campo irredutível à psicanálise (LEBOVICI e SOULÉ, 1980).

## **2.1 Entre o infantil e a infância: as contribuições freudianas**

Embora Freud não tenha se dedicado diretamente à clínica com crianças, os temas do infantil e da origem do sujeito estão presentes na psicanálise desde sempre. Para Birman (1997), foi exatamente o reconhecimento, na discursividade psicanalítica, da enorme distância que separa o adjetivo infantil do substantivo infância, o que circunscreveu a invenção da psicanálise como tal. Vejamos por quê.

É conhecido que as primeiras suposições freudianas acerca da constituição do sujeito, delimitadas pela noção de um aparelho psíquico ordenado pela sexualidade, derivaram do atendimento de neuróticos adultos a partir de uma perspectiva retroativa, isto é, do relato feito por pacientes de suas lembranças infantis. Inicialmente, a recorrência desse material fantasmático levou Freud ([1896]1996) a

---

<sup>26</sup> “Os distúrbios que o narcisismo original de uma criança se acha exposto, as reações com que ela procura proteger-se deles e os caminhos aos quais fica sujeita ao fazê-lo – tais são os temas que proponho deixar de lado, como importante campo de trabalho ainda por explorar” (FREUD, op. cit.: 99).

se questionar sobre a influência das vivências materiais traumáticas da infância na etiologia das psiconeuroses.

Entre 1895 e 1897, tendo em vista o relato, feito por seus pacientes, de experiências precoces de sedução sexual vividas passivamente, o autor orientou suas investigações para esse tema. A suposição freudiana, implícita nesse estudo sobre a sedução, é a de uma imaturidade psíquica da criança diante da sexualidade, que não apenas a impossibilita de representar certos acontecimentos, como também não a permite reagir a eles por meio de uma defesa psíquica. Postula-se que, por vezes, a criança, ao se deparar com um comportamento sexual de um adulto em relação a ela, permanece submissa e passiva. Sente o impacto da perturbação em sua economia psíquica, mas nada compreende.

A significação traumática do vivido só pode ser dada em um segundo momento, após a puberdade, quando o indivíduo já é capaz de compreender o acontecimento. É apenas através de outra cena, destaca Freud ([1917] 1996), não necessariamente sexual em si mesma, que acontece a ressignificação daquilo que foi vivido.

Diante de tamanha excitação endógena causada pela representação traumática do primeiro acontecimento, o mecanismo de recalçamento entra em ação como uma tentativa de proteger o sujeito dos afetos desprazerosos (FREUD, [1917]1996). Assim, não é a sedução real que age traumáticamente, mas a lembrança posterior desta.

É importante percebermos que nesta teoria sobre o trauma que ocorre em dois tempos, apesar de a lembrança assumir um lugar tão importante quanto à própria cena real de sedução, a infância concretamente vivida tem um lugar privilegiado na causação das neuroses e das demais perturbações. Como diz Birman:

Cabe destacar, por ora, que em verdade a infância foi enunciada como o fundamento para a interpretação dos males do espírito, razão

em última instância para dar conta dos impasses insuperáveis na existência psíquica dos adultos. [...] Nesses termos, foi suposto que aquele sofrimento teria sido produzido na vida pretérita do sujeito, na sua infância real, que deixava fendas dolorosas no seu psiquismo e sulcos sofrimentos no seu corpo (BIRMAN, 1997: 7)

Em 1897, diante de novos dados clínicos, Freud abandona esse entendimento da cena de sedução e passa a ver a experiência traumática na constituição da neurose como efeito de reconstruções fantasísticas do sujeito sobre o que viveu. Devido à importância dada ao estatuto da fantasia, a cena real perde sua força traumatizante (FREUD, [1917]1996).

Ao deslocar seu olhar sobre a sexualidade do registro material para a realidade psíquica, uma diferença essencial é revelada entre a infância cronológica e o infantil. Nesse momento, não é mais a infância real que está em questão, mas a experiência infantil recalcada e fundadora da história do sujeito que persiste no adulto (BIRMAN, 1997).

Essa mudança de perspectiva representou, portanto, um passo decisivo em direção ao advento da práxis psicanalítica, uma vez que elevou as produções fantasmáticas do sujeito sobre a sua infância a um lugar privilegiado. Foi através do reconhecimento da repetição dessas experiências pretéritas na relação transferencial com o psicanalista, que se postulou ser possível o trabalho de reconstrução da história de uma pessoa em análise (BIRMAN, 1997).

As contribuições de Freud acerca da importância das primeiras relações do bebê com o mundo externo e com o seu próprio corpo são inegáveis e se difundiram tanto nas teorizações psicanalíticas posteriores, quanto no próprio imaginário social da época. Note-se que suas idéias sobre a sexualidade infantil e a dinâmica do inconsciente compeliram a uma reconsideração daquilo que se conhecia das crianças no senso comum.

Entretanto, não há como determinarmos uma concepção psicanalítica freudiana definitiva sobre a relação primitiva do indivíduo com seu entorno. Se, em determinados momentos, esse autor parece mais preocupado com os conflitos intrapsíquicos, em outros, entretido por novas observações clínicas, ele volta seu interesse para a compreensão do papel da alteridade na constituição do psiquismo. Com efeito, esta produtiva ambigüidade de seu texto, diante de um campo difícil de ser delimitado, deu margem para as mais diversas narrativas (SOUZA, 2001b).

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, por exemplo, o autor ([1905]1996), ao fazer ver que desde o princípio a relação com a mãe é erotizada a partir dos cuidados corporais que ela dispensa à criança, acaba por postular uma relação objetal primária<sup>27</sup>, isto é, a existência de um objeto amoroso desde o começo da formação do psiquismo.

O bebê amará a mãe que o alimenta, sendo o seio materno o seu primeiro objeto de investimento libidinal. Em outros termos, postula-se que a sensação de prazer surgiria apoiada na satisfação das funções básicas corporais do indivíduo necessárias a preservação de sua vida e, só se tornaria autônoma secundariamente. É apenas quando o objeto externo é abandonado como alvo de satisfação, que o indivíduo se encaminharia para um investimento voltado para o seu próprio corpo. Deste modo, Freud escreve,

na época em que a mais primitiva satisfação sexual estava ainda vinculada à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto sexual fora do próprio corpo, no seio materno. Só mais tarde vem a perdê-lo, talvez justamente na época em que a criança consegue formar para si uma representação global da pessoa a quem pertence o órgão que lhe dispensava satisfação. Em geral, a pulsão sexual torna-se auto-erótica, e só depois de superado o período de latência é que se

---

27 Balint ([1967]1993) destaca que apesar de as pulsões auto-eróticas serem citadas por Freud nesse artigo de 1905, é apenas em 1914 que o autor afirma que o estado mais precoce da libido pode ser descrito como auto-erótico. Aqui o auto-erotismo é secundário ao abandono do objeto exterior.

restabelece a relação originária. (...) O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro (FREUD, [1905]1996: 210).

Podemos, ainda, encontrar na obra freudiana outra hipótese sobre os primórdios do funcionamento psíquico em 1914, no artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução”. Neste, o autor destaca que o investimento libidinal primário não é dirigido para outras pessoas, nem mesmo para o cuidador, mas satisfaz-se nas partes do próprio corpo (zonas erógenas) de forma anárquica e fragmentada sem que exista qualquer organização de conjunto. Nesse sentido, formula que em um primeiro momento da existência humana “não há uma unidade comparada ao ego” (FREUD, [1914]1996: 84), muito menos uma imagem corporal unificada. Tudo é vivido pelo recém-nascido de forma parcial e desintegrada, inclusive suas relações com o meio externo, que, diga-se de passagem, ainda não é reconhecido por ele como tal.

Para que o ego do bebê possa ser gradualmente desenvolvido, uma nova ação psíquica deve ocorrer, permitindo que as pulsões, inicialmente auto-eróticas e fragmentadas, se reúnam agora em uma unidade. Assim, esse segundo momento se distinguiria do auto-erotismo pelo aparecimento simultâneo de um primeiro esboço do ego e pelo seu investimento libidinal. Ou seja, a criança aqui tomará a si mesma como objeto de amor, antes mesmo de escolher objetos exteriores. Esse tipo de investimento no qual “a libido e o interesse do ego partilham o mesmo destino” (FREUD, [1914]1996: 89) é denominado pelo autor de narcisismo primário.

Lembremos que o estudo desse fenômeno de introversão da libido para o próprio ego e desinvestimento do mundo exterior foi introduzido, na teoria freudiana, a partir das descrições de quadros psicopatológicos de parafrenia, o que justificava a inacessibilidade destes à influência da psicanálise. Nesse artigo, contudo, Freud



([1914]1996) recupera a concepção de narcisismo e reivindica um lugar para ela durante o curso normal do desenvolvimento sexual humano.

Idealmente tal modelo de relação seria superado e o indivíduo se voltaria então para o mundo externo e para as relações com os objetos propriamente ditas. O autor percebe, entretanto, que o investimento do tipo narcísico persiste em alguns adultos saudáveis e pode retornar enquanto modelo de relação em determinadas circunstâncias. Em suas observações, a dedicação tão exclusiva dos pais à criança aparece, por exemplo, como uma demonstração do renascimento do seu próprio narcisismo, isto é, do amor que sentiam por si mesmos e que foram obrigados a abandonar.

Nesse ponto do estudo, é importante realçarmos a distinção radical existente entre o conceito de narcisismo primário como uma fase secundária ao auto-erotismo, conforme descrito acima, e o de narcisismo primário absoluto ou narcisismo primordial<sup>28</sup>, que ganhou maior relevo a partir da segunda tópica freudiana. Nessa última acepção, o modelo de relação narcísica é trazido para o princípio da vida psíquica, o que deu ensejo a mais uma interpretação de Freud sobre a constituição do sujeito. Vejamos tal distinção nas palavras de Laplanche e Pontalis (1988):

nos textos do período de 1910-15 esta fase [a do narcisismo primário] é localizada entre a do auto-erotismo primitivo e a do amor de objeto, e parece contemporânea do aparecimento de uma primeira unificação do sujeito, de um ego. Mais tarde com a elaboração da segunda tópica, Freud conota pelo termo narcisismo primário um primeiro estado da vida, anterior até mesmo à constituição do ego, e do qual a vida intra-uterina seria o arquétipo. A distinção entre auto-erotismo e narcisismo é então suprimida. Não é fácil perceber, do ponto de vista tópico, o que é investido no narcisismo primário assim entendido (p.290).

---

<sup>28</sup> Como veremos adiante, os psicanalistas da primeira infância retomarão essa diferença, de maneira enérgica, com o intuito de se aproximar dos novos achados sobre as competências precoces do bebê.

E, ainda:

esta última concepção do narcisismo primário prevalece correntemente nos nossos dias no pensamento psicanalítico, o que resulta numa limitação do significado e do alcance do debate; quer se aceite ou se recuse a noção, designa-se sempre assim um estado rigorosamente “anobjetal” ou pelo menos “indiferenciado”, sem clivagem entre um sujeito e um mundo exterior (LAPLANCHE e PONTALIS, 1988: 290).

Desse prisma, o recém-nascido é descrito como indissociável do mundo exterior desde sua origem e incapaz de realizar qualquer investimento, devido a sua incapacidade inata de receber e investir nos estímulos externos. Trata-se de um sistema psíquico fechado em si mesmo, uma organização autística que teria como modelo de funcionamento a vida intra-uterina – entendida aqui como regida por uma barreira de defesa a toda e qualquer mudança excessiva no ambiente. Assim, protegido das percepções externas que são inicialmente vividas como ameaçadoras, o indivíduo perceberia apenas as necessidades fisiológicas prementes de seu próprio corpo. Desta forma, para Freud ([1938]1996):

tudo o que sabemos sobre a libido relaciona-se com o ego, no qual, a princípio, toda a cota disponível dela é armazenada. Chamamos a este estado absoluto de narcisismo primário. Ele perdura até o ego começar a catexizar as idéias dos objetos com a libido, a transformar a libido narcísica em libido objetal. Durante toda a vida, o ego permanece sendo o grande reservatório, do qual as catexias libidinais são enviadas aos objetos e para o qual elas são também mais uma vez recolhidas, exatamente como uma ameba se conduz com seus pseudópodos (p.163).

A despeito do fato de a versão que privilegia o narcisismo primário absoluto ter sido eleita a leitura oficial da escola freudiana, Balint ([1967]1993) afirma que há evidências de que as demais teorias sobre a relação do indivíduo com seu entorno, aparentemente opostas, permaneceram conservadas até os escritos de 1923<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Para essa discussão ver PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Do narcisismo ao amor primário: Balint e a gênese dos processos de subjetivação. Revista Psychê, São Paulo, v. VII, n. 11, p. 13-28, 2003.

Podemos, por exemplo, observar tal posição paradoxal freudiana no afamado texto “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental” de 1911, constantemente citado, como fonte de duas idéias, à primeira vista, distintas. Como se sabe, é em tal texto que encontramos uma primeira enunciação mais elaborada do “princípio” econômico que regeria o psiquismo – buscar o prazer e evitar o desprazer – prefigurado desde o projeto de 1896. Teorização que, ao enfatizar a modalidade alucinatória como modelo inicial de relação, acabou por tornar vago o papel interpretado pelo outro no início da vida psíquica, sendo muitas vezes citada pelos psicanalistas que defendem uma compreensão solipsista da constituição do psiquismo. Curiosamente, é no mesmo artigo que podemos achar, em uma nota de rodapé de página, a afirmação de que o cuidado materno é condição indispensável para que o lactente possa se desenvolver. Passagem da obra freudiana recuperada em detalhes pelos estudiosos da relação de objeto, tal como Winnicott. De modo análogo, Arán (2006) retoma tal contradição contida nesse artigo, com a finalidade de ressaltar a importância da concepção de alteridade nos primórdios do psiquismo, conforme vemos a seguir:

O problema deste raciocínio é que quando Freud se refere a esta experiência de prazer no processo primário como sendo “um princípio”, ele descreve uma forma de funcionamento que às vezes aparece como sendo solipsista, ou seja, depurada de qualquer contato com o outro. Assim, se perde a idéia de que o prazer, mesmo que posteriormente possa ser “alucinado” através da fantasia ou mesmo de atividades auto-eróticas, originalmente depende da presença do outro. O que faz da própria experiência de prazer algo que escapa a este domínio circunscrito ao eu. Mas, como sempre no texto freudiano, o que escapa a esta forma “científica” de dizer as coisas não está muito longe. Em nota de pé de página que se segue a esta elaboração Freud afirma: [...] “o uso de uma ficção desta índole se justifica pela observação de que o lactente, contanto que lhe agreguemos o cuidado materno, realiza quase este sistema psíquico”. Ou seja, é necessário que se acrescente a este raciocínio o detalhe do “cuidado materno” sem o qual nada seria possível, nem mesmo a alucinação (ARÁN, 2006: 192-193).

O fato é que nos alinhamos aos que identificam essa contradição interna, característica da obra freudiana, não como um descuido qualquer ou ainda como uma incapacidade do autor de descrever aquilo que via em sua prática. O que Freud jamais admitiu foi ter que adequar suas observações clínicas em prol de uma teoria bem organizada. Como um bom teórico, conduzido por suas experiências clínicas, à medida que escrevia, relatava inúmeros períodos de descontinuidade entre os seus primeiros passos teóricos e aqueles feitos posteriormente.

## **2.2 Da psicanálise com crianças à clínica com bebês**

Se, por um lado, reconhecemos que as raízes do interesse pelas relações de objeto já estão presentes nas formulações freudianas, decerto o estudo psicanalítico de tal problemática é relativamente novo. A preocupação em localizar mais claramente o lugar da alteridade neste momento inicial do psiquismo surge, ou talvez apenas reapareça mais claramente, nas produções dos discípulos da primeira e segunda geração, tais como Ferenczi, Melanie Klein e Winnicott.

As relações do sujeito com seu mundo, incluindo tipos de defesas privilegiadas por ele e seu modo de apreensão dos objetos, só começaram a ser valorizados pela psicanálise na década de 30, mesmo sendo importantes para o entendimento da relação intersubjetiva originada na transferência (GREENBERG e MITCHELL, 1994).

Conforme Chertok e Stengers (1990), o tratamento de casos limítrofes e das psicoses, organizações psíquicas pouco contempladas por Freud, significou uma grande mudança na técnica, sobretudo em referência à posição do analista e aos aspectos relacionados ao enquadre. A clínica com crianças, que se iniciara nos anos 20, também sugeriu reformulações nas leituras psicanalíticas. Desse momento em

diante, o plano das relações intersubjetivas ganha corpo e espaço na clínica psicanalítica.

Balint ([1967]1993) é também um desses autores que, ao expor suas observações sobre a regressão em análise de pacientes ditos difíceis, sugere novos conceitos sobre a formação psíquica do sujeito. Para tanto, faz uma revisão das técnicas defendidas por diferentes psicanalistas e consegue indicar na obra freudiana pelo menos três concepções, a saber: amor objetual primário, auto-erotismo primário e narcisismo primário. E, em certa medida, foi a adoção de qualquer uma dessas versões da origem do sujeito, de forma exclusiva, que organizou o modo como os psicanalistas pós-freudianos definiram a psicanálise infantil.

O interesse que movera Freud em direção à clínica com crianças tinha sido diferente, no entanto. Com o intuito de confirmar seus achados teóricos sobre a sexualidade infantil, que provinham da clínica com adultos, Freud ([1905]1996) assinalou a necessidade de uma observação direta. Assim, aconselhou aos membros de seu grupo que examinassem a vida sexual de seus filhos. A partir disto, em 1909, é publicado o caso do pequeno Hans. O atendimento do menino, de cinco anos, foi estabelecido apenas através de seu pai, que anotava os sonhos e as associações livres do filho. Freud ([1909]1996), à distância, interpretava essas anotações e o orientava, com a finalidade de compreender os sintomas fóbicos do menino.

Para além de corroborar a teoria sobre a sexualidade infantil, a análise de Hans deu origem à principal controvérsia que permeia a invenção do atendimento psicanalítico na infância. Tratava-se de uma educação analítica ou de um processo psicanalítico (ZORNIG, 2000)?

Embasadas em compreensões radicalmente opostas sobre a psicanálise infantil, Anna Freud e Melanie Klein recorreram, cada uma à sua maneira, ao texto freudiano em uma tentativa de resolver esse impasse. Anna Freud ([1927]1971), seguindo uma posição mais ortodoxa, optou pela primariedade do narcisismo absoluto, presumindo que no início da vida psíquica toda a libido está armazenada em um fragmento do ego, não existindo, portanto, qualquer interação entre o sujeito e o mundo exterior. Klein ([1932]1961), por sua vez, deu maior destaque às capacidades psíquicas prematuras do sujeito, ao ter como hipótese central a precocidade do superego e a existência de fantasias inconscientes no bebê.

Assim, inauguraram-se duas vertentes sobre a clínica infantil. A Psicologia do Ego, movimento annafreudiano, que privilegia uma abordagem evolutiva da infância concretamente vivida, e a escola kleiniana, a qual prioriza a psicanálise infantil nos moldes da de um adulto. A primeira propõe uma posição pedagógica do psicanalista, uma vez que pressupõe a impossibilidade de instituir uma relação transferencial com uma criança, devido a sua imaturidade egóica e à total dependência de seus objetos de amor originais. Tendo como objetivo final uma melhor adaptação do ego à realidade, nessa vertente a relação com a figura do pai ganha mais relevo do que a relação precoce estabelecida com a mãe. Em contraste, a escola kleiniana enfatiza a compreensão das produções fantasmáticas inconscientes da criança e das angústias resultantes de suas relações objetais prematuras que se revelavam nas brincadeiras durante o tratamento.

A diferença ideológica existente entre Anna Freud e Klein se intensificou com a morte de Freud em 1939 e culminou em um debate teórico e político aberto na Sociedade Britânica de Psicanálise, episódio conhecido como “Discussões Controversas”. A ruptura definitiva entre as duas correntes da psicanálise infantil

inglesa se deu em 1944, quando houve um acordo interno que dividiu tal instituição psicanalítica em três conjuntos distintos: kleinianos, annafreudianos e o Grupo do Meio.

Cabe chamar a atenção para o fato de que este último grupo, posteriormente nomeado de Independentes Britânicos, ainda não tinha uma unidade teórica e técnica que o representasse, mas apenas uma inquietação em comum: qual seria o papel do ambiente na constituição do psiquismo? Questão que implicava numa revisão da clássica teoria freudiana das pulsões (KOHON: 1994).

Deste modo, o posicionamento de cada grupo frente ao desenvolvimento das relações objetais definia a técnica que seria adotada, alguns atendiam só a criança, considerando a realidade psíquica e a construção do mundo interno como primordiais. Outros escutavam e orientavam ativamente os pais, considerando-os parte essencial do tratamento.

Nessa atmosfera fragmentada e polêmica, Winnicott, voltou sua atenção para a relação existente entre a subjetividade da criança pequena e seu esforço para que possa perceber objetivamente o mundo, se destacando como representante do Grupo do Meio. Ao manter essa dupla filiação, retomou de maneira única a célebre discussão entre a valorização da criança ou do infantil, que como vimos perpassa a história da construção do pensamento psicanalítico. Recordemos que Klein detinha seu estudo nos conflitos pulsionais do mundo interno e nas fantasias inconscientes do bebê, enquanto Anna Freud preocupava-se apenas com a inserção e adaptação da criança em seu meio. Assim, a originalidade do trabalho winnicottiano consistiu na ligação feita das suas observações sobre a organização interna do bebê e aquelas que abordavam a construção de suas experiências interpessoais. (Zornig: 2000).

O percurso de Winnicott como pediatra e psiquiatra infantil, funções que manteve paralelas ao longo de toda a sua carreira como psicanalista, o levava a pesquisar as questões concernentes às primeiras vivências do ser humano, apostando ser nesse período que se constituíam as bases da saúde psíquica futura. Utilizando-se de uma linguagem própria para entender e descrever aquilo que via em sua prática, o autor criou uma nova modalidade clínica que deslocava o foco da sexualidade da criança para o seu estado inicial de dependência. Deste modo, forneceu “acréscimos conceituais inteiramente novos, que aumentaram não só o alcance quanto a amplitude do quadro conceitual da psicanálise clássica” (KHAN, [1975] 2000: 39).

Winnicott se dizia “produto da escola freudiana”, mas ao longo de sua obra, em diferentes momentos, constatou que a descrição metapsicológica não dava conta da vivacidade e das sutilezas das primeiras experiências emocionais do indivíduo. Um exemplo dessa postura winnicotianna pode ser contemplado na passagem a seguir, em que o autor propõe uma nova maneira de narrar a dependência inicial do bebê em relação à mãe.

Acredito que (...) o estudo da mãe deveria ser trazido para fora do campo puramente biológico. O termo simbiose não nos leva mais longe que à comparação entre o relacionamento da mãe e o bebê com outros exemplos da vida animal e vegetal – a interdependência física. As palavras equilíbrio homeostático, por sua vez, evitam certos aspectos mais sutis que surgem ao nosso olhar, quando observamos esse relacionamento com a atenção que lhe é devida (WINNICOTT, [1956]2000: 400).

Afirmou, ainda, que alguns distúrbios muito precoces, que observara tanto em bebês como em pacientes severamente regredidos, não eram passíveis de ser abordados pelos conceitos de uma teoria edípica. Ao buscar se aproximar das especificidades deste campo, o autor tornou possíveis novos enunciados. Tal insistência em se deixar guiar por suas observações clínicas, em vez de



simplesmente replicar um modelo teórico pré-definido, fica explícita nas palavras do próprio Winnicott, ao relatar sua trajetória em 1967:

Quando comecei a tentar aprender o que havia para ser aprendido a respeito da psicanálise, descobri que, naqueles dias, estávamos sendo ensinados a respeito de tudo em termos do conflito edípico dos 2, 3 e 4 anos de idade e da regressão quanto a ele. Foi muito aflitivo para mim, alguém que havia estado examinando bebês, mães e bebês, por longo tempo (de dez a 15 anos já), comprovar que isso era assim, porque eu sabia que havia visto um bocado de bebês já começarem doentes e outro bocado deles tornar-se doente cedo. [...] tratou-se de algo que me forneceu uma linha. Pensei comigo: vou demonstrar que bebês ficam enfermos muito cedo, e, se a teoria não se ajustar a isso, ela terá de ajustar a si própria. E foi assim. (WINNICOTT, [1967] 1994: 437-438).

Cabe notarmos que a prática de Winnicott como pediatra não seguiu o caminho ditado pela medicina clássica da época, que se focava essencialmente nos aspectos físicos e fisiológicos do crescimento, vendo o bebê e a criança ora como mero organismo, ora como um adulto em miniatura. De modo único, o autor se esforçou para que a ciência pudesse acolher aquilo que os pais já sabiam há algum tempo: “que os bebês são, de fato, humanos, embora adequadamente infantis” (WINNICOTT, [1965]2006: 63).

Observe-se como, antes mesmo de se aproximar do pensamento psicanalítico, o que chamou a atenção de Winnicott ([1948]2000) em suas consultas ambulatoriais foram as perturbações emocionais que pareciam estar na base de certos sintomas típicos da infância. Foi no exercício da pediatria que ele constatou que um grande número de crianças adoecia apesar de diagnosticadas pelos médicos como fisicamente saudáveis. Assim, chegou a afirmar que alguns quadros somáticos infantis, inclusive aqueles que apareciam nas primeiras semanas de vida, serviam ao propósito de descarregar uma ansiedade excessiva que não encontrava outra via de expressão (WINNICOTT, [1931]2000).

Impactado por este *insight*, buscou na psicanálise uma interlocução para seus questionamentos. Além disso, visando uma evolução na atitude para com o bebê, iniciou um árduo trabalho de alertar os demais profissionais da classe médica que lidavam com a primeira infância para a estreita relação existente entre o ambiente e os processos de maturação do indivíduo. Procurava, deste modo, ressaltar a importância da inclusão da avaliação dos fatores ambientais no diagnóstico de uma criança.

É interessante assinalarmos que até o final de sua vida, através de palestras e programas em uma rádio, Winnicott empenhou-se em falar para aqueles que não eram psicanalistas, mas lidavam diretamente com os recém-nascidos. Para atingir esse público, destacou, em uma linguagem acessível, as necessidades mínimas de todo bebê e sua relação com a saúde mental futura (TIZARD, [1986]2006). Antes de tudo, porém, outro aspecto ligado à formação desses mesmos profissionais era algo que o preocupava. Era o ímpeto curativo e normativo, facilmente despertado quando se deparavam com os limites de sua atuação, que os tornava um obstáculo em potencial para que a mãe pudesse se entender naturalmente com seu bebê. Inúmeras vezes, movido por suas observações, o autor sinalizou que alarmar a mãe com o intuito de torná-la autoconsciente, comportamento bastante comum em uma equipe de saúde, acabava levando-a a fazer tudo pior do que fazia, uma vez que a ansiedade gerada por tais orientações apenas prejudicava a identificação materna. Nesse sentido, ele afirma que

a tarefa mais difícil, quando se prepara uma série de palestras e livros sobre a assistência aos bebês, é saber como evitar perturbar aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães, ao mesmo tempo em que as informamos com exatidão sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica (WINNICOTT, [1950]2006: 14).

E retoma o tema, vinte anos depois, de forma surpreendente:

Os conhecimentos teóricos são absolutamente desnecessários para as mães, e ao longo de milhões de anos elas vêm realizando esta tarefa com prazer, e de forma satisfatória. É claro que se pode acrescentar um pouco de teoria ao que é natural, o que será tanto melhor, especialmente se a mãe tiver que lutar por seu direito de fazer as coisas bem e a seu próprio modo, bem como é claro, cometer erros. Por maior que seja a sua boa vontade, os auxiliares (inclusive os médicos e enfermeiras) não podem saber tanto quanto sabe a mãe (que passou por um aprendizado de nove meses) quais são as necessidades imediatas do bebê, e como adaptar-se a elas. (WINNICOTT, [1970]2006: 75).

Em síntese, trata-se de enunciar que o papel dos cuidadores (médico, enfermeiro, assistente social, entre outros) é facilitar e fortalecer a confiança da mãe em sua capacidade natural de se ajustar ao seu bebê, dando-lhe tempo e apoio quando necessário, e não de interferir inseqüentemente nessa complexa relação.

Cabe destacar que a aposta de Winnicott na tendência contínua à integração como própria da natureza humana marcou de forma única suas elaborações. Podemos reconhecer tal concepção mesmo em sua leitura sobre os percalços que podem aparecer ao longo da vida. Em virtude disso, considerou muitos sintomas que observara em crianças e adolescentes como soluções adaptativas diante da privação do ambiente em algum estágio do desenvolvimento emocional. O nó da discussão era, então, saber como identificar alguém que realmente precisava de um auxílio psiquiátrico mais especializado em longo prazo. No final de sua vida, Winnicott, em um encontro com padres anglicanos, foi interrogado precisamente sobre isso. E respondeu de maneira simples:

Se a pessoa vem falar com você e, ao ouvi-la, você sente que ela o está entediando, então ela está doente e precisa de tratamento psiquiátrico. Mas se ela mantém o seu interesse independente da gravidade do seu conflito ou sofrimento, então você pode ajudá-la (Winnicott conforme citado por Khan, [1986] 1991).

Sugere-se que um relato repetitivo e entediante, por exemplo, que não permite a criação de um espaço de comunicação entre duas pessoas e impede que algo surpreendente e criativo aconteça entre elas, pode indicar a estagnação no processo de amadurecimento. Desse ângulo, um indivíduo saudável não é determinado pela ausência de uma patologia psíquica, mas sim pela presença de um sentimento de esperança de que sua comunicação sintomática será escutada e pela convicção de que há algo para ser achado. Se a pessoa experimentou um primeiro momento de mutualidade da experiência, isto é, uma comunicação silenciosa com o cuidador, que se reflete nas nuances, nos ritmos e várias outras formas implícitas no *holding*, tal impulso de busca do objeto é normalmente conquistado. Em poucas palavras, é apenas na introjeção dessa vivência inicial de confiabilidade, em termos de integração no tempo e no espaço, que a confiança no ambiente passa a ser uma crença. Do contrário, não existe a possibilidade de compartilhar um espaço intermediário, que é tão fundamental para o viver criativo. Diante de tal perda, o que resta para a pessoa é somente um sentimento de irrealidade. (WINNICOTT, [1968] 2006).

Como veremos a seguir é exatamente a capacidade do indivíduo de confiar no ambiente e de que ali será amparado, o que fundamenta a leitura de Winnicott acerca da comunicação transferencial presente em um modelo particular de intervenção psicológica, denominado, posteriormente, consultas terapêuticas em psiquiatria infantil<sup>30</sup>.

Diante de um número elevado de famílias de crianças e de adolescentes que buscavam atendimento no ambulatório do hospital, especialmente no período do

---

<sup>30</sup>A expressão “consultas terapêuticas” foi utilizada por Winnicott ([1968] 1994) com a intenção de diferenciar esta prática da psicanálise e da psicoterapia, tendo em vista enfatizar que as primeiras entrevistas poderiam ser exploradas de tal maneira, que por si só, seriam terapêuticas.

pós-guerra, o autor questionou-se sobre os limites da psicanálise *standard* e se ocupou em experimentar novos e diferentes meios de utilizar o espaço terapêutico. Tal posição aponta para uma característica marcante da obra winnicottiana, a saber: a crítica à aplicação cega de uma técnica pré-estabelecida e a conseqüente proposta de que o *setting* terapêutico seja flexível o bastante para acolher as características emocionais do paciente e suas condições reais.

Ao longo de toda a sua obra, especialmente nos artigos em que relata os mais variados casos clínicos de crianças e adolescentes, podemos identificar sua disponibilidade em repensar o enquadre do atendimento, proporcionando condições para que o processo de amadurecimento pudesse ser colocado novamente em marcha. A título de ilustração, vejamos algumas de suas passagens.

Teria sido muito bom se a criança pudesse começar a sua análise nesse momento, mas não havia ninguém em condições de arcar com a onerosa tarefa de levar e trazer a menina todo dia. Aliás, a menina sofria muitíssimo com a falta de alguém que saísse com ela, mesmo para caminhar um pouco. A única ajuda que lhe pude prestar consistiu em ir à sua casa (WINNICOTT, [1942] 2000: 136).

Nesse mesmo texto, no qual o autor relata na Sociedade Britânica de Psicanálise as consultas feitas no Departamento Infantil desta instituição, encontramos a seguinte afirmação:

Tento sempre fazer com que o paciente seja analisado, sabendo muito bem que nada se aproxima ou pode ser comparado aos resultados alcançados pela análise. Ao mesmo tempo, estou inteiramente consciente de que só muito raramente a análise é ao mesmo tempo indicada e possível. Muitas vezes o paciente não pode ser trazido à clínica, ou há circunstâncias externas complicadas demais para serem resolvidas (WINNICOTT, [1942] 2000: 147).

Achamos outra menção bastante significativa em um discurso proferido numa sociedade de pediatria, no qual o autor lança mão de um atendimento de um caso

de enurese para discutir a importância dos aspectos psicológicos envolvidos nessa sintomatologia.

Escolhi o caso de um menino para o qual o tratamento psicanalítico não era possível, mas cuja cura (se posso chamá-la de cura) dependeu, em parte, de três sessões de psicoterapia. (...) O caso bastante comum, é dos mais fáceis de serem apresentados, porque o tratamento da criança foi realizado predominantemente pelos pais, que se revelaram capazes de reconstruir o seu lar desestruturado pela guerra (WINNICOTT, [1953] 2000: 171).

Sua experiência como pediatra e psiquiatra, de fato, o levava a constatar a importância das primeiras entrevistas clínicas e seu valor terapêutico, vendo-as não somente como um instrumento diagnóstico. Em 1936, encontramos na obra do autor uma de suas primeiras declarações mais elaboradas sobre a estreita relação entre o diagnóstico e a intervenção terapêutica em si. Nesse artigo, Winnicott ([1936]2000) descreve o uso do jogo da espátula em uma consulta ambulatorial pediátrica com a mãe e seu bebê. Como consequência de suas observações, postula uma correspondência entre as variações que o bebê experimenta diante da espátula e a relação que mantém com o alimento e com as pessoas a sua volta. Nesse sentido, a seu ver, o atendimento de rotina seria um momento valioso, no qual o pediatra perceberia aspectos importantes do mundo interno do bebê e o comportamento da mãe diante de seu filho. Uma inibição em um dos estágios, destacados pelo autor, poderia, por exemplo, apontar para o fato de que algo ali não estivesse bem. Vejamos em detalhes essa seqüência de eventos esperada, que descreve o comportamento dos bebês de acordo com aquilo que eles fazem com o objeto.

Em um primeiro momento, o bebê, que se encontra no colo de sua mãe, quer pegar a espátula metálica que está colocada ao seu alcance na mesa, mas ele hesita e permanece em um dilema. Estende a mão em direção a ela, contudo

observa a reação das pessoas a sua volta, portando-se normalmente quieto. Chega a mostrar uma aparente desistência, mas logo há um notável retorno espontâneo do interesse por aquele objeto reluzente. Cabe ressaltarmos que, em 1941, Winnicott, ao retomar em outro artigo os detalhes de tal situação estruturada de avaliação, destaca que a hesitação inicial do bebê frente ao objeto, embora normal, aponta para um comportamento ansioso. Isto se dá não devido a uma expectativa em relação ao comportamento da mãe que está ali presente, mas pelo seu próprio esforço de lidar com a realidade da situação. Dessa forma, um segundo estágio só ocorre quando o bebê, pouco a pouco, toma coragem e aceita o seu anseio pela espátula. Ele a pega e coloca em sua boca, bate com ela na mesa, sempre de forma autoconfiante. Agora já se move e brinca livremente. Aqui o bebê parece exercer certo poder em relação ao objeto, sentindo-se onipotente diante daquela situação. No terceiro estágio, o bebê deixa cair o objeto como que por engano. Quando lhe é devolvido, deixa-o cair de novo, mas agora intencionalmente. Repete inúmeras vezes esse movimento até que finalmente pede para descer ao chão com a espátula ou simplesmente desiste da brincadeira (WINNICOTT, [1936] 2000; [1941] 2000).

O que nos interessa destacar é que, não obstante a proposta primária do autor de apresentar uma nova modalidade de observação direta de bebês, em ambos os textos supracitados encontramos propostas clínicas bastante fecundas. Hipóteses, aliás, retomadas posteriormente pelos psicanalistas que se dedicam a assistir à primeira infância. Winnicott relata dois casos - um bebê que tinha convulsões e outro que sofria de ataques de asma - nos quais houve uma clara oportunidade de reverter os sinais de suas dificuldades internas devido ao enquadre. Ele reconhece seu feito, mas não chega a aprofundar tal hipótese. Sobre isso, diz:

A experiência de, ousadamente, desejar e pegar a espátula e apossar-se dela sem, de algum modo, alterar a estabilidade do ambiente imediato funciona para a criança como uma espécie de aula sobre o objeto, com um valor terapêutico (...). Não causará surpresa, portanto, minha afirmação de que no decorrer de minhas observações eu provoquava algumas mudanças em direção à saúde (WINNICOTT, [1941] 2000: p.128-129).

Se, por um lado, o autor não se dedicou a teorizar sobre o efeito terapêutico nas consultas com pais e bebês, é incontestável que suas observações sobre o jogo da espátula anteciparam os principais pontos que norteiam a clínica psicanalítica winnicottiana, tais como: o período de hesitação e o manejo da temporalidade, a importância da vivência de comunicação e mutualidade entre terapeuta e paciente, o conceito de ambiente facilitador, entre outros (KHAN, [1975]2000).

Khan (1975[2000]), por exemplo, localiza, nos textos de 1936 e 1941, o nascimento de um dos conceitos que fundamentou as consultas terapêuticas winnicottianas, modalidade de atendimento criada com o intuito de explorar integralmente as primeiras entrevistas. Trata-se do chamado “período de hesitação”, no qual o paciente, em um primeiro momento, assim como o bebê no jogo da espátula, está “tateando em busca de ‘uma espécie de intimidade’ na situação analítica aonde ele irá aos poucos fazer a sua primeira contribuição verbal ou gestual” (KHAN, [1975]2000: 19). Tendo em vista a importância de o paciente e o analista poderem viver juntos uma experiência de comunicação significativa para que qualquer trabalho terapêutico possa ocorrer, Winnicott procurou criar um lugar no enquadre de seus atendimentos ambulatoriais, onde esse “período de hesitação” pudesse ficar evidente e ser estimulado<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Winnicott ([1968]1994) insistentemente ressalta que as consultas terapêuticas não podem ser definidas por meio de técnicas rígidas, justamente por seu caráter surpreendente e flexível. O essencial é que o terapeuta possa estar disponível para o paciente, sendo capaz de favorecer um espaço para a emergência do brincar mútuo e da comunicação significativa. Com o intuito de facilitar o surgimento do brincar e do elemento surpresa, Winnicott criou uma maneira própria de trabalhar através do uso do “jogo dos rabiscos”. Cabe destacarmos, entretanto, que esse jogo não pode ser



Desse prisma, o terapeuta inicialmente deve funcionar como um ambiente facilitador, ou melhor, precisa poder sustentar um lugar de confiança para que as questões verdadeiramente importantes, do ponto de vista emocional, possam vir à tona em curto espaço de tempo. Assim, é primordial, para esse modelo clínico breve, a adaptação ativa do terapeuta às necessidades e expectativas do paciente, visando permitir o estabelecimento de um espaço potencial, que permitirá a integração de aspectos dissociados da experiência do indivíduo. As consultas terapêuticas tratam essencialmente de uma interseção entre o clima de confiabilidade oferecido pelo terapeuta e a esperança do paciente em viver um encontro humano que venha em seu auxílio. Nas palavras de Winnicott:

A base para este trabalho é a teoria que um paciente, criança ou adulto, terá para a primeira entrevista uma certa capacidade de acreditar na obtenção de auxílio e de confiar naquele que o oferece (WINNICOTT, [1968] 1994: 230).

Ou seja, o que está em jogo nesse modelo analítico é a qualidade subjetiva do terapeuta, que funciona como apoio egóico à integridade buscada pelo paciente, permitindo a construção de um campo de intercomunicação, tal como experimentado na primeira infância entre mãe e bebê. É por meio de um interjogo, compartilhado na transferência, que o indivíduo pode começar a integrar aspectos fundamentais de si mesmo que até então não haviam tido possibilidade de se construir (WINNICOTT, [1965] 1994). Enfim, buscamos mostrar como, nessa modalidade de atendimento criada por Winnicott, o manejo clínico ganha maior relevo em oposição ao uso da interpretação verbal como único instrumento possível de uma intervenção terapêutica com base psicanalítica. Hipótese de trabalho que nos parece bastante

---

confundido com as consultas terapêuticas em si mesmas. Ele é apenas um facilitador para que o paciente possa viver suas experiências constitutivas. Relatos de como Winnicott usava o jogo dos rabiscos nas mais variadas situações podem ser achados no seu livro "Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil".

valiosa, uma vez que reserva à psicanálise um lugar no cuidado integral aos pais e bebês.

É preciso, ainda dentro deste panorama histórico, apresentar o trabalho pioneiro de intervenção junto aos bebês realizado por Françoise Dolto, na década de 70, na França. Suas hipóteses no que diz respeito à importância da linguagem para as crianças pequenas e a possibilidade de intervir de maneira terapêutica pela palavra, fez desta autora uma referência indispensável ao estudo psicanalítico da primeira infância.

Dolto (1999) não apenas discutiu as incidências corporais da língua falada no recém-nascido, através daquilo que denominou como “banho de palavras”<sup>32</sup>, como também assinalou o extremo desejo deste de se comunicar. Aproximando-se da vizinhança lacaniana, a autora afirma que todo ser humano é um ser de linguagem, mesmo antes de saber verbalizar, uma vez que nasce imerso num mundo simbólico. A imagem aqui é a de um bebê ávido por essas palavras que o constituem, mesmo que de uma maneira inconsciente. Ou seja, ele é tido tão ativo quanto receptivo na busca de comunicação. Nesse sentido, é papel dos adultos aproximarem as palavras dele. Isso não significa que podemos lhe falar qualquer coisa. O que está em jogo é a intenção da comunicação daqueles que o cercam, a palavra tem que ser dirigida “para” a criança e não “sobre” ela. É por este motivo que a autora sugere aos pais que narrem “para” seus filhos, o mais cedo possível, tudo o que diz respeito as suas histórias “verdadeiras” (DOLTO, 1999).

Do ponto de vista doltoniano, a atuação do psicanalista com os bebês precocemente perturbados também se encaixa aí, é preciso que alguém coloque em

---

32 Dolto (1999) afirma que antes mesmo da criança nascer ela já está inserida num “banho de palavras”, ou seja, inscrita na pré-história das duas linhagens de sua família, seja através das palavras que são proferidas sobre ela e para ela, como também daquilo que não é dito, mas é encenado na relação.

palavras aquilo que eles viveram e ficou privado de sentido, para que suas histórias de origem possam ser reordenadas. Trata-se de oferecer palavras às situações de impasse que por vezes ocorrem apenas devido à angústia inter-relacional da criança com seus pais. Nessa modalidade de tratamento, é importante notarmos que além de querer provocar um novo posicionamento simbólico dos cuidadores, a aposta terapêutica principal é a de que a palavra proferida para a criança pequena tem o poder de organizar e deslocar suas condições biológicas e psíquicas (DOLTO, 1999). Não obstante o oferecimento de um auxílio aos pais em sua função simbolizadora, o objetivo primário aqui, afirma a autora, é possibilitar aos bebês encontrar um lugar próprio, banhado pela história parental, mas diferente dela. Em certa medida, percebe-se que o foco desse atendimento não é na interação pais e bebê, mas no bebê como sujeito de si mesmo.

Nota-se que, na teoria de Dolto, a simbolização do sofrimento tem uma importância fundamental, o que nos remete a um questionamento sobre a primazia do papel da linguagem na constituição do psiquismo e da experiência terapêutica. Mas isso já seria tema para outro estudo. Seja como for, foi o seu investimento no trabalho psicanalítico com a primeira infância que permitiu a consolidação e o desenvolvimento da psicanálise para além da assistência privada e individual. Lembremos que um dos aspectos mais centrais de sua atuação, sobre o qual a autora continuamente insiste, é a construção de um lugar da psicanálise no espaço social, visando defender a “causa das crianças”. Assim, sua atenção foi sempre dirigida tanto para os bebês e seus pais quanto para os profissionais que trabalhavam em instituições, intentando mostrar a importância dessa relação inicial e a relevância da troca de experiências e da colaboração entre os diferentes cuidadores. Tendo em mente tal projeto, renomadas psicanalistas como Myriam

Szejer e Catherine Mathelin, por exemplo, partem da obra dessa autora para discutir suas inserções em instituições hospitalares voltadas para o cuidado à perinatalidade.

Feito este breve percurso histórico-conceitual referente à posição da psicanálise diante da primeira infância, adentraremos na discussão acerca das conseqüências diretas das novas hipóteses quanto às potencialidades precoces dos bebês para a práxis psicanalítica na perinatalidade.

### **2.3 A teoria psicanalítica entre o bebê-reflexo e o bebê-competente ..**

Apesar de todo o interesse a respeito da subjetividade infantil ter sido consolidado no pós-guerra, apenas entre os anos 70 e 80 que pesquisadores e clínicos na Europa e Estados Unidos se associaram para trocar e divulgar os recentes achados em relação às competências interativas dos recém-nascidos.

Com o avanço viabilizado pelos progressos científicos e tecnológicos – entre eles o advento da ultra-sonografia e o uso de técnicas micro-analíticas – foi possível a evolução das pesquisas observacionais e experimentais que acompanhavam o desenvolvimento do feto desde a gestação até os primeiros anos após o nascimento. O resultado foi uma grande quantidade de dados novos sobre os fenômenos objetivos da vida do bebê (WANDERLEY, 1997).

A partir dessas investigações sobre a interação comportamental e afetiva precoce, surgiram inúmeros questionamentos quanto à legitimidade da imagem tradicional de um ser inicialmente caracterizado por suas habilidades biológicas, capaz apenas de produzir reflexos imaturos. Como conseqüência, o bebê, que antes era representado como mero lactente que emergia vez ou outra de um sono fetal, passou a figurar como alguém sensível ao meio externo e apto a interagir à sua maneira com ele.

O reconhecimento desta proposição, no entanto, tem despertado discussões vigorosas no campo da psicanálise. Isto porque, como já foi indicado na seção anterior, por muito tempo a versão psicanalítica oficial acerca do processo de subjetivação foi a do narcisismo primário absoluto, no qual a criança de início é vista como isolada do meio e protegida por uma barreira de quietude contra os estímulos externos. Nesse estágio não haveria ainda uma discriminação possível do objeto; ou melhor, não existiria nem sequer um objeto (LEBOVICI e SOULÉ, 1980; LAPLANCHE e PONTALIS, 1988; TYSON e TYSON, 1993). Tratar-se-ia de um funcionamento psíquico fechado e anobjetal e, portanto, incompatível com as últimas hipóteses científicas que indicavam a presença de um equipamento inato para interação social desde o nascimento. Vejamos esse impasse nas palavras de Tyson e Tyson:

sempre houve dificuldades em se encontrar um termo adequado e aceitável para o período imediatamente após o nascimento. [...] Spitz preferia chamar esta primeira fase de *sem* objeto, ou fase *pré-objeto*, enfatizando que não pode existir um objeto psicológico, já que o funcionamento psicológico ainda não foi estabelecido. Mahler e cols. definiram essa fase de *autismo normal*, explicando que, em comparação com estágios mais tardios, o recém-nascido tem um investimento mínimo em estímulos externos (apenas aqueles que não pode evitar). De forma semelhante, Anna Freud enfatizou a ausência de funcionamento psicológico do bebê. O problema dessas definições é que elas implicam numa pequena interação entre a mãe e o bebê. [...] Entretanto, sabemos a partir de pesquisas sobre bebês que não é o que ocorre, nem mesmo na primeira semana após o nascimento. A evidência é de que o bebê é pré-adaptado a participar com a mãe no estabelecimento de um padrão recíproco coordenado de interação sensório-motora, através do qual um sistema de *feedback* afetivo é rapidamente estabelecido (TYSON e TYSON, 1993: 79).

Nos últimos vinte anos, inúmeros pensadores retomaram tal debate. Existem aqueles que descartam de antemão o impacto das recentes descobertas sobre o bebê-competente para a prática e a teoria psicanalítica e alegam que “não se trata de

contestar a existência de competências perceptivas, porém não podemos confundir o organismo com o ser vivo, a função fisiológica com a atividade psíquica“ (ANSERMET, 2003: 57). Ao procederem assim, deixam intocada a imagem de um bebê-reflexo.

Outros teóricos, por sua vez, com o intuito de implicar a psicanálise nas questões que emergem dos saberes que lhe são conexos, abordam o problema a partir de uma releitura de determinadas noções dessa teoria e apontam para uma possível articulação entre ela e as ciências observacionais. É sobre esse último grupo de autores, que apostam numa tensão produtiva, que iremos nos debruçar. Dentre eles, elegemos dois para apreciação, a saber: Peterfreund (1978) e Stern (1985)<sup>33</sup>. Consideremos seus argumentos e propostas para tal diálogo, notando que a abordagem do tema possui especificidades para cada um deles.

Já em 1978, Peterfreund no célebre artigo “Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy”, destacou que algumas importantes noções psicanalíticas sobre a primeira infância, tais como autismo primário, unidade dual e simbiose, não se encaixavam com as recentes descobertas que apontavam para o aparato inato da criança e seu potencial de comunicação. Ao se questionar sobre o porquê da prática psicanalítica ainda ter tanta dificuldade em perceber os possíveis indícios de apelo da criança pequena, mesmo diante de sua presença concreta na clínica, o autor identificou dois problemas conceituais centrais em tal teoria: “a adultomorfogênese da infância e a tendência a caracterizar os estados iniciais do desenvolvimento normal a partir de hipóteses relativas à psicopatologia do adulto” (PETERFREUND, 1978: 427. Tradução minha).

---

<sup>33</sup> Cabe destacar que Balint, já em 1967, critica de maneira veemente a teoria do narcisismo primário como modelo de relação inicial. Desta forma, retoma detalhadamente a obra freudiana, com o intuito de mostrar as contradições insolúveis de tal pressuposto. Apesar de dedicar um pequeno capítulo ao que ele denomina como “estados pré-natais e pós-natais precoces”, o autor concentra seu estudo nos fenômenos observados durante a regressão terapêutica de seus pacientes adultos. É apenas por deixar de lado o impacto das observações diretas com bebês, já avançadas naquele momento, que não retomaremos sua contribuição.

A crítica desse autor aponta para o fato de as principais teorias sobre o desenvolvimento psíquico terem se estabelecido a partir de uma visão retrospectiva e patomórfica, ou seja, como uma tentativa de encontrar durante os primeiros anos de vida os pontos de origem de fenômenos clínicos psicopatológicos. Decerto, muitos psicanalistas pós-freudianos postularam que em determinadas patologias ocorria uma regressão a um ponto de fixação em uma fase anterior do desenvolvimento normal. Pode-se observar tal tendência nos principais autores que contribuíram para a teorização da primeira infância, que tiveram como objetivo inicial em seus estudos compreender as raízes e o desenvolvimento daquilo que viam nos atendimentos de adultos e adolescentes. Tratava-se naquele momento de uma urgência terapêutica.

De modo indubitável, a clínica com pacientes psicóticos e limítrofes levou a um maior interesse pelo atendimento psicanalítico às crianças pequenas. Contudo, Peterfreund (1978) afirma ser inegável que a escolha por focar determinadas questões clínicas posteriores, tais como a psicose e o autismo, acabou por limitar as abordagens psicanalíticas acerca do psiquismo do recém-nato.

Assim, o autor profetizou que as contribuições da psicanálise mais fecundas para o campo da infância surgiriam não apenas do modelo metapsicológico clássico, mas precisamente da interseção com outros saberes que visam uma abordagem normativa, quais sejam: a neuropsicologia, a biologia e a genética. Ainda que não tenha abordado as implicações teóricas e éticas desse encontro, foi ele quem expôs pela primeira vez uma análise da temática.

Nessa mesma trilha, Daniel Stern (1985), ao voltar-se para a compreensão de como os bebês desde cedo vivenciam a si mesmos e aos outros, acaba por retomar o desafio proposto por Peterfreund (1978). Na tarefa de investigar quando e como se

daria a criação de uma vida interpessoal e de avaliar suas possíveis implicações clínicas e teóricas, o autor propõe unir as contribuições de dois campos diferentes que por muito tempo permaneceram apartados: o das pesquisas experimentais sobre recém-nascidos e suas potencialidades, e o das inferências clínicas psicanalíticas acerca da experiência subjetiva infantil. Todavia, sua intenção não é apenas sobrepor essas duas perspectivas, mas sim criar uma interface entre o bebê observado e o bebê clínico reconstruído. No texto abaixo, o cerne do pensamento de Stern é sintetizado de maneira clara:

As descobertas da psicologia do desenvolvimento são deslumbrantes, mas parecem destinadas a permanecer clinicamente estéreis, a menos que estejamos dispostos a realizar saltos inferenciais acerca daquilo que poderiam significar para a vida subjetiva do bebê. E as teorias psicanalíticas do desenvolvimento sobre a natureza da experiência do bebê, que são essenciais para orientar a prática clínica, parecem cada vez menos convincentes e menos interessantes à luz das novas informações sobre o bebê. É contra esse *background*, que sei ser compartilhado por muitos, que tentarei realizar inferências sobre a experiência social subjetiva do bebê, a partir desta nova *data base* (STERN, 1985: 3).

A partir do diálogo entre essas duas visões do bebê, o autor sugere uma “ficção” sócio-afetiva acerca do desenvolvimento dos diferentes “senso de eu” desde a relação inicial com o cuidador<sup>34</sup>. Tal proposta de estudo tem como pressuposto que “o modo como experienciamos a nós mesmos em relação aos outros oferece uma perspectiva organizadora básica para todos os eventos interpessoais” (STERN, 1985: 3). Ou seja, a obtenção gradativa dos sentimentos de “estar conectado” a algo e de “bem-estar interpessoal” servem como um reservatório emocional das relações humanas. O centro de sua investigação é delimitado, assim, pela importância dada à sensibilidade e ao engajamento humanos, através dos

---

<sup>34</sup> Stern (1985) destaca quatro formas de experiências sócio-afetivas, a saber: senso de eu emergente (0-2 meses de idade); senso de eu nuclear (2-6 meses); senso de eu subjetivo (7-9 meses) e senso de eu verbal (15-18 meses).



quais o bebê progressivamente efetua conquistas afetivas e cognitivas, que possibilitam a ele experimentar novos e mais complexos estados de organização de si e do outro.

Levando em conta esses dados, pensamos em examinar algumas das principais formulações de Stern (1985) e suas implicações clínicas para as teorias que partem de uma reconstrução terapêutica. É oportuno lembrar que não é nosso propósito detalhar cada nova aquisição do bebê nos diferentes momentos da organização subjetiva delimitados por esse autor, mas indicar alguns pontos de seu estudo que são constantemente retomados no debate acerca da entrada da psicanálise na clínica da perinatalidade.

Para ilustrar a hipótese central de sua teoria, que denota que o bebê desde o nascimento parece já estar experimentando de forma emergente oportunidades diferentes de experiência subjetiva, mesmo que desintegradas, o autor se utiliza das contribuições da literatura acerca das potencialidades precoces. Ele sinaliza que nos dois primeiros meses de vida, antes mesmo da aquisição da linguagem verbal e da consciência de si, o recém-nascido está engajado em experiências sensoriais com seu ambiente e, inclusive, busca ativamente essas estimulações<sup>35</sup>. Ainda que no período inaugural grande parte de sua interação com o mundo externo ocorra em função de sua regulação fisiológica, esta é sempre motivada e carregada de afetos. Admite-se aqui um relacionamento social e afetivo desde a primeira infância para além da necessidade biológica.

---

<sup>35</sup> Stern (1985) destaca três processos primários inatos envolvidos no trabalho do bebê de conectar suas experiências em um momento de não-integração. O primeiro trata de sua capacidade de perceber as invariâncias das propriedades mais globais daquilo que experimenta e unificá-las em uma única percepção; o segundo se refere a sua habilidade de “percepção fisionômica”, isto é, ao mecanismo que o permite aprender as diferentes categorias de afeto (tristeza, raiva, felicidade) expressas na face humana; o último versa sobre sua aptidão para capturar por termos dinâmicos e sinestésicos os afetos expressos nos movimentos corporais do adulto. Mais adiante, retomaremos em suas particularidades esta última forma de perceber o mundo, denominada pelo autor de “afetos de vitalidade”, uma vez que ela compõe a matriz experiencial da interafetividade.

Em um primeiro momento, tal interação diádica é vivida apenas através de elementos básicos invariantes provenientes dos movimentos do próprio corpo e do corpo do outro, tais como: o nível de intensidade, os padrões temporais e os tons hedônicos; e não como um mundo cognitivo de coisas vistas, ouvidas ou tocadas. Entretanto, desde o nascimento, esse domínio de qualidades abstratas já começa a ser ordenado pelo indivíduo através de sua capacidade para “percepção amodal”. Ou seja, por sua habilidade inata de tomar a informação percebida como uma modalidade sensorial e traduzi-la para outro registro perceptivo equivalente, o que o leva a unificar progressivamente o mundo a sua volta. Assim, se por um lado, nos dois primeiros meses, o bebê ainda vivencia suas experiências egóicas como não relacionadas, é inegável que ele já está envolvido na tarefa de integrá-las em uma perspectiva mais abrangente. Deste modo, Stern (1985) escreve que

os bebês não estão perdidos, confusos, em um pântano de quantidades abstraíveis da experiência. Eles estão gradualmente e sistematicamente ordenando esses elementos da experiência para identificar constelações invariantes de eu e de outro. E quando alguma constelação é formada, o bebê experiencia a emergência da organização (STERN, 1985: 58).

É interessante notar que nessa leitura o recém-nato está longe de vivenciar um estado de indiscriminação ou de indissociação entre eu e outro. Da mesma maneira, sua condição de “estar conectado” a algo é tida como um sucesso do funcionamento psíquico em organizar ativamente a sua experiência, ao invés de ser vista como um resultado de um fracasso passivo na diferenciação com o mundo externo<sup>36</sup>. Note-se

---

<sup>36</sup> Neste ponto é interessante notar a pertinência da distinção apontada por Stern entre essas duas formas de conceber o aparecimento da realidade externa para o bebê. O que o autor nomeia como um “fracasso passivo do bebê” trata-se da célebre observação que Freud ([1911] 1996) teceu a respeito da passagem de um período inicial em que o bebê estaria unicamente procurando, em uma modalidade alucinatória, descarregar de forma imediata sua tensão pulsional. Diante da persistente decepção em se satisfazer pelo caminho mais curto, o bebê seria levado a abandonar o modelo da satisfação alucinatória, e impelido a começar a representar o mundo exterior e procurar nele uma forma de satisfação real. Como indicaremos a seguir, na perspectiva de Stern (1985), as

que o modelo proposto por Stern (1985) contradiz a teoria das primeiras relações adotada pelos psicanalistas mais ortodoxos, que, como contemplamos, versa sobre o narcisismo primordial ou autismo infantil normal, caracterizados usualmente como um sistema psíquico fechado à estimulação exterior. Vejamos nas palavras dele:

Se por autismo queremos dizer uma falta primária de interesse e de registro dos estímulos externos, então os dados recentes indicam que o bebê jamais é “autista”. Os bebês estão profundamente envolvidos e relacionados com os estímulos sociais. Mesmo que não possam diferenciar estímulos humanos de não-humanos, como alguns sugerem, eles ainda estão avidamente envolvidos com ambos os tipos, mesmo que indiscriminadamente. No autismo existe uma falta de interesse geralmente seletiva ou evitação dos estímulos humanos. Isso jamais acontece com bebês normais. É verdade que o bebê vai se tornando mais social, mas isso não é o mesmo que se tornar menos autista. O bebê jamais foi autista e não pode tornar-se menos autista (STERN, 1985: 209-210).

Todavia, com o propósito de se reaproximar das inferências clínicas psicanalíticas, Stern (1985) apresenta uma releitura da tradicional noção freudiana de uma “barreira aos estímulos”, escudo que isolaria e protegeria o bebê de uma excitação externa que lhe seria insuportável devido a sua imaturidade psíquica. Imagem metafórica bastante retomada pelos teóricos adeptos da figura de um bebê-reflexo inserido em uma casca protetora, tais como Spitz, Margareth Mahler e Francis Tustin.

Conforme o autor, não há como simplesmente descartarmos essa descrição, uma vez que Freud ([1915; 1920]1996) a utilizou para representar não somente o funcionamento mental originário como também o princípio básico de formação da psique, o de buscar prazer e evitar o desprazer, responsável pelo processo de formação da percepção humana. A crítica de Stern é direcionada, então, para o raciocínio que levou à necessidade de postular uma armadura intransponível que

---

estimulações externas não são em nenhum momento ameaçadoras para o ser humano desde que respeitem certo limiar de intensidade. Ao invés, elas constituem estímulos valiosos para a construção da interação da criança pequena com a realidade.

afastaria o recém-nascido do mundo exterior, isto é, a sua passividade em relação a toda e qualquer estimulação que o impossibilitaria de perceber ou mesmo investir nos objetos da realidade. O autor aposta que “dar ao bebê um controle mais ativo da barreira de certa forma alteraria a visão do conceito” (p.208). O postulado de um bebê relacional mais ágil, envolto por uma espécie de pele psíquica, também vai ao encontro dos estudos observacionais que apontam para um estado primário onde

o bebê está tranqüilo e não se move, mas está com os olhos e ouvidos voltados para o mundo externo. Não é simplesmente um estado passivamente receptivo; o bebê está ativamente – de fato, avidamente – absorvendo tudo. Se existe uma barreira de estímulos, ou às vezes seu limiar cai a zero ou o bebê periodicamente a atravessa (STERN, 1985: 208).

À luz dessas considerações, ele apresenta uma nova maneira de vermos o manejo inicial da estimulação e excitação:

O bebê muito jovem, como qualquer outra pessoa, apresenta ótimos níveis de estimulação, abaixo dos quais a estimulação será buscada e acima dos quais será evitada. O que é diferente no período inicial de uma “barreira aos estímulos”, então, são apenas os níveis de estimulação e a duração do envolvimento com a estimulação externa aceitável ou tolerável (p.209).

Dado o propósito da discussão, abriremos um parêntese para expor à vista um fato curioso. Mahler e Tustin, psicanalistas que foram alvo das críticas tanto de Stern (1985) como de Peterfreund (1978), admitiram, anos depois, uma revisão de suas teorizações calcadas nos estudos desses autores. Aos 80 anos, de acordo com Tustin (1993a), Mahler reconheceu o valor do trabalho de Stern e, em uma conferência dada em Paris, pouco antes de morrer, renunciou ao conceito de autismo primitivo normal como uma fase na primeira infância. Em 1993, Tustin, por sua vez, publicou o polêmico artigo “A Perpetuação de um Erro”, que ficou célebre por afirmar que muitos psicanalistas, incluindo ela própria, cometeram um

significativo erro ao postular uma fase de total afastamento do bebê do meio externo.

Feita a observação, voltemos ao pensamento de Stern. Com base nas pesquisas do bebê observado, o autor enfatiza que o processo de subjetivação não pode ser visto como um evento passivo nem, contudo, como um dado *a priori*. Assim, põe em relevo um ponto em comum necessário para que a capacidade inata de entrecruzamento perceptivo se instaure. É forçosa a constância dos objetos nas relações com os recém-nascidos. É exatamente a repetida oportunidade de participar das interações sociais o que permite que o bebê desenvolva sua habilidade de engajamento emocional. Em poucas palavras, apenas a partir da mediação interativa e contínua com o outro que a criança pode ter a sua atenção e engajamento cognitivo ordenados, o que nos leva a conceber que suas auto-experiências são dependentes desse contato social.

Sugerimos que essa ressalva de Stern responde à crítica feita pelos psicanalistas as mais recentes teorias desenvolvimentistas, que supostamente ignorariam o papel da alteridade ao valorizarem a imagem de um bebê solitário “ultra-social” e auto-suficiente. É curioso notar que a contribuição desse autor mais valiosa para nossa discussão é justamente as descrições que ele faz acerca do estabelecimento recíproco dessa interação sócio-afetiva entre o bebê e seu meio externo. Antes de qualquer coisa, Stern afirma, de forma categórica, que essa relação se trata, desde o princípio, de uma construção ativa entre o bebê e o seu meio ambiente. Pressuposto que, como veremos no capítulo seguinte, fundamenta a clínica psicanalítica da primeira infância.

De acordo Stern (1985), até os primeiros sete meses de idade, as imitações prevalecem como modelo de relacionar-se, ou seja, o cuidador quase sempre

funciona na mesma modalidade do bebê, imitando sua ação imediata e introduzindo leves mudanças a cada momento. Assim, através das cadeias e seqüências dos comportamentos recíprocos criados mutuamente, o bebê pode começar a aprender aquilo que é aparente. Percebe-se, entretanto, que mesmo nesse momento inicial do processo de subjetivação o recém-nascido não apenas demonstra preferências com relação às sensações que procura como também se inibe quando existe uma superestimulação.

A reciprocidade, que até aqui se dava essencialmente através da aprendizagem dos comportamentos externos, ganha um novo estatuto aos oito meses, quando a capacidade de comungar intersubjetivamente afetos e intenções com o mundo externo é conquistada. É nesse momento que se inauguram as relações triádicas entre o eu, o outro e o objeto. Ou seja, o bebê passa a distinguir o adulto do objeto, antes indiscriminados. Ele nota que só pode compartilhar suas experiências com o primeiro, diferentemente do segundo que é apenas alvo de suas ações.

Nesse sentido, quando o bebê percebe, ainda sem o uso da linguagem verbal, que as outras pessoas podem manter um estado mental semelhante ao seu, surge o interesse para o que está por trás do comportamento manifesto, ou seja, para os estados internos subjetivos<sup>37</sup>. Para que essa importante transação na “presença” e no “sentir” social do indivíduo ocorra, o cuidador deve

se ajustar ao novo *status* do bebê como um parceiro potencialmente intersubjetivo. (Não está claro como as mães sabem que ocorreu uma mudança, parece ser parte de seu senso parental intuitivo). Ela começa a expandir seu comportamento, além da simples imitação, para uma nova categoria de comportamento que chamaremos de *sintonia de afeto* (STERN, 1985: 124).

---

<sup>37</sup> Aqui cabe ressaltar que não obstante ao realce dado ao comportamento interativo precoce, Stern (1985) diverge dos autores experimentalistas que consideram que os bebês possuem consciência e intencionalidade inatas.

É importante ressaltar que essa nova modalidade relacional, pela qual a mãe pode compartilhar e se juntar ao seu bebê, não é descrita, pelo referido autor, como uma forma de espelhamento ou empatia, pois não implica em uma imitação proposital, muito menos em uma reflexão espelhada de algo que já estava presente. Em vez disso, trata-se de um fenômeno no qual as expressões do comportamento do adulto e do bebê ocorrem em diferentes modalidades sensoriais, mas que são intercambiáveis devido às suas invariâncias (intensidade, forma, duração). Decorre daí que não há uma simetria entre os dois protagonistas, mas uma imbricação dos dois mundos externos. Outra particularidade desse processo é que ele se modula inconscientemente e não envolve qualquer mediação de processos cognitivos.

Ao se aproximar de tal campo de estudo, Stern (1985) nos alerta que a evidência da sintonia afetiva é, à primeira vista, uma impressão clínica, quiçá uma intuição. O que está em jogo nessa forma de se relacionar é o domínio mais fundamental da experiência subjetiva, especialmente aquele que se refere aos afetos de vitalidade, isto é, às pequenas variações e tonalidades afetivas onipresentes em todos os atos humanos. Essas formas de sensação podem ser melhor descritas por termos dinâmicos e cinéticos, tais como: “‘surgindo’, ‘desaparecendo’, ‘passando rapidamente’, ‘explosivo’, ‘crescendo’, ‘decrecendo’, ‘explodindo’, ‘prolongado’ e assim por diante” (Stern, 1985: 47). Partindo dessa premissa, através de uma sólida argumentação, o autor aponta para alguns mecanismos subjacentes a tal comportamento interativo. Ele se empenha em mostrar como a sintonia de afeto é “uma forma particular de intersubjetividade que requer alguns processos que são únicos para ela” (p.128), aproximando-a do que ele denomina de uma “interafetividade”. Ao se referir ao compartilhar mútuo dos estados psíquicos, seu interesse está na qualidade dos sentimentos e afetos

comungados, em vez de nas intenções e motivos implícitos nas ações daqueles que participam da interação. Ao seu ver, as sintonias não têm uma função de comunicação entre mãe e bebê, mais do que isso compõem uma forma de “comunhão interpessoal”, isto é, o propósito do cuidador ali é “estar com”, “juntar se a”, “participar de”; e não trocar ou transmitir qualquer informação. Diante de tal comunhão, o bebê opera como se nada especial tivesse ocorrido, há apenas um sentimento de continuidade em sua existência, o que lhe permitirá gradativamente reconhecer aqueles estados de sentimento internos como formas da experiência humana que são compartilháveis com outras pessoas.

Assim, esta só pode ocorrer se, por um lado, o adulto for sensível o suficiente para acompanhar os movimentos de investimento e de retirada da criança e, por outro, se esta última for capaz de estabelecer uma correspondência de seus comportamentos externos e estados internos com os movimentos sensórios e corporais do adulto. Usualmente, ambos os parceiros são habilidosos nessa construção. Entretanto, quando a ação do cuidador não harmoniza com a intensidade, o momento ou a forma daquilo que o bebê atua na relação, ou quando a própria criança é por um motivo qualquer hipotativa, alguns estados de sentimento podem não ser sintonizados, sendo vividos isolados do contexto interpessoal da experiência compartilhável. “O que está aqui em questão não é nada menos do que a configuração e extensão do universo interno compartilhável” (STERN, 1985: 135). É indispensável notarmos que a perturbação do fluxo da sintonia, seja pela mãe ou pela criança, coloca em risco a aquisição da linguagem e do processo de simbolização como um todo.

Como procuramos mostrar, Peterfreud, por aclarar uma crítica até então velada, e Stern, por aproximar de maneira cuidadosa e hábil as postulações



psicanalíticas dos novos achados sobre as competências precoces, marcaram consideravelmente a entrada da psicanálise no atendimento à primeira infância, campo que lhe foi por muito tempo um estranho familiar. É certo que ainda hoje tal impasse permanece. Mas é justamente a manutenção desse embaraço, e não a sua resolução, o que nos interessa. Estellita-Lins (2007) ilustra bem o ponto de vista que defendemos:

A querela sobre a impossibilidade ou inexistência da relação de objeto precoce permitiu modelos de subjetivação diferenciados, através de métodos diversos de experimentação e variados regimes argumentativos. A criança arqueológica, a criança reconstruída, a criança observada, a criança experimental são elementos de uma série ainda não encerrada, representando vetores e apropriações do Inconsciente que justificam uma pletera de metapsicologias e a dispersão metapsicológica derivada. Esse debate reinventa a criança da psicanálise abrindo portas para novas concepções de subjetivação (p.372).

Com o intuito de nos aproximarmos desse debate, circunscrito de maneira valiosa pela citação acima, apresentaremos as principais idéias e conceitos que perpassam a inclusão da psicanálise no cuidado integral à perinatalidade, notando que essas propostas já partem do diálogo entre as diferentes disciplinas. Para ilustrarmos nossa análise do tema também lançaremos mão de vinhetas clínicas.

### 3 **ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O CAMPO DA PERINATALIDADE**

Frente ao reconhecimento da existência de um sofrimento psíquico precoce, o tratamento psicanalítico com pais e bebês foi vislumbrado e acabou por retomar o antigo debate sobre a valorização do infantil e/ou da criança. Quem, afinal, seria o foco do atendimento: os pais, o bebê ou o *laço* existente entre eles?

Recordemos que a clínica psicanalítica com crianças, desde as suas primeiras formulações, também se orientou por dois eixos: de um lado a criança, de outro os pais. A notória controvérsia entre Klein e Anna Freud, como vimos, origina-se justamente da polarização dessa distinção, levando-as a teorizar sobre a constituição do sujeito de maneiras radicalmente opostas. Igualmente, no que concerne às estratégias psicoterápicas pais/bebê, encontramos uma enorme diversidade de vertentes que partem da psicanálise para repensar esse momento inicial da existência humana e que divergem entre si tanto teórica como tecnicamente.

De modo esquemático, a preocupação com o infantil aparece representada nas propostas de atendimento psicanalítico à primeira infância pelas investigações do espaço intrapsíquico parental – representações, fantasias e projeções inconscientes – e sua associação às reações do lactente. Já a problemática da criança é abordada através do estudo das competências interativas do recém-nascido e do papel que elas desempenham no laço com os pais.

Levando em conta esse panorama fragmentado, alinhamo-nos aos autores que apontam para o fato de que essa separação é essencialmente teórica, e que na prática ambas as dimensões estão intimamente relacionadas. A discussão

dirige-se, então, para suas indicações e suas técnicas, quer se trate das mais focalizadas e breves ou daquelas terapias de longa duração. E aqui não há, de fato, qualquer pretensão de uma univocidade quanto aos métodos, uma vez que uma das particularidades do campo da saúde mental precoce é o de ser flexível o bastante para se adaptar às limitações e oportunidades de cada caso.

Stern ([1995]1997), ao mapear o território das psicoterapias pais/bebê, propõe certos pontos de encontro entre as diferentes abordagens que lhe parecem bastante proveitosos. Vejamos em suas palavras:

O novo “paciente” jamais encontrado antes, não é uma pessoa, mas um relacionamento realisticamente assimétrico, entre um jovem bebê e seus pais. Esse relacionamento é influenciado por uma história passada rica e abundante por parte dos pais e uma história que se acumula rapidamente, mas ainda é mínima, por parte do bebê. (...) A mãe (e talvez o pai) realmente apresenta uma organização única de vida mental, apropriada e adaptada à realidade de ter um bebê para cuidar. (...) O relacionamento entre pais e bebê é conduzido exclusivamente de forma não verbal e grandemente pré-simbólica (p.10-11).

Contemplemos em detalhes algumas das idéias implícitas nesta descrição de Stern ([1995] 1997), que nos parecem bastante fecundas para fundamentar a proposta da inserção da psicanálise como um dos diferentes olhares que compõem o cuidado integral à saúde materno-infantil. Com a finalidade de exemplificar nosso ponto de vista, lançaremos mão ao longo do texto de alguns recortes clínicos e institucionais.

### **3.1 Espaço intrapsíquico parental e a construção de um lugar fantasmático para o bebê**

Temos, no estudo de Bydlowsky ([2001]2002), uma das principais referências atuais acerca das transformações que ocorrem no psiquismo da gestante. Ao

estudar o inconsciente materno, a autora descreve esse momento particular como um estado de *transparência psíquica* que é marcado pela diminuição da censura frente às reminiscências recalçadas. “Os fragmentos do pré-consciente e inconsciente chegam facilmente à consciência” (Bydlowsky, [2001]2002: 205), o que pode ser observado através da tendência, por parte da mulher, de falar de aspectos de seu mundo interno que usualmente permanecem inconscientes. Não se trata apenas de uma fragilidade psíquica, mas de um estado de plasticidade que é marcado pela diminuição do recalque.

Ocorre, assim, uma nítida reativação do passado e da memória de sua origem no discurso da gestante. Seu olhar volta-se para si mesma e o tão comentado investimento no filho esperado é, na maioria das vezes, secreto e silencioso. “A gestação inaugura então a experiência de um encontro íntimo da mulher consigo mesma: a capacidade de erotizar uma parte ainda interna de si mesma está em questão” (Bydlowsky, [2001] 2002: 209). Desse modo, o objeto interno da mulher, isto é, a imagem interiorizada do bebê que crê ter sido e dos cuidados maternos que recebeu, é atualizada, tornando-se uma realidade tangível.

Se o objeto interno que ela carrega é pouco confiável, por conta da angústia primitiva diante de cuidados maternos insuficientes ou intrusivos, a mulher poderá experimentar novamente um enorme desamparo. Devido à diminuição da função protetora da repressão durante a gestação, os conflitos infantis são reativados e as reminiscências podem voltar à tona de forma perturbadora não só para assombrar o quarto dos bebês, mas a própria vida psíquica parental. “A criança que nascerá e que representará o objeto interno corre o risco, então, de ser percebida com terror” (Bydlowsky, [2001]2002: 210). Como resultado dessa desordem das referências simbólicas familiares, a identificação com o bebê se dá de maneira desencontrada.

Contudo, alerta-nos Bydlowski, é também devido à transparência psíquica que a gestação se torna um momento privilegiado onde há uma maior possibilidade de estabelecer uma aliança terapêutica com o narcisismo materno, favorecendo a circulação das palavras e desvelando os fantasmas potencialmente patogênicos para a relação mãe e bebê que em outras circunstâncias permaneceriam adormecidos.

A partir de um espaço aberto à fala das mulheres, no ambulatório de pré-natal e na enfermaria de gestantes, pude escutá-las enquanto portadoras de uma história que precede em muito o momento da gestação. Inúmeros atendimentos ocorrem sem ao menos que falem do bebê ou mencionem o fato de estarem grávidas. Negação? Não. Pelo contrário, uma facilidade para formar uma aliança terapêutica e um investimento maciço no tratamento, mesmo que em um primeiro momento a demanda não fosse explícita.

*Sandra, 42 anos, foi encaminhada para a psicologia no terceiro mês de gestação, quando apresentou um descolamento de placenta devido ao excesso de exercícios físicos. Fazia dietas e não largava a academia e, assim, permaneceu até o final da gravidez apesar das recomendações médicas contrárias. Sua barriga demorou a ficar visível. Nos atendimentos o fato de estar grávida também demorou a aparecer em seus relatos, apesar de ser atendida no espaço do pré-natal e por vezes no mesmo dia de suas consultas obstétricas. Inicialmente, apenas falava de seu emprego, da vida conjugal, da inapetência profissional do companheiro.*

*Conforme as modificações em seu corpo ficaram mais aparentes, Sandra era questionada sobre o bebê constantemente. Diante disso, dizia-se assustada com a reação das pessoas a sua volta, pois simplesmente não conseguia entender o porquê do alvoroço da família, do companheiro e das pessoas do trabalho em torno*

*de sua gestação. Sentia um “grande nada” no que dizia respeito a tal evento. Falava da gravidez de uma forma burocrática.*

*Aos seis meses, já sabia o sexo do bebê, mas não havia pensado no nome e muito menos comprado roupinhas. Estes comportamentos causavam-lhe uma enorme angústia, uma vez que toda a sua vida era ultra programada. Inclusive, contava detalhadamente como não ser mãe sempre havia sido um plano de vida. Após alguns meses questionando-se sobre esse desleixo que não lhe era característico, em um raro momento, Sandra chora quando percebe que alguma coisa saiu do seu controle. Fala do medo de ter um filho, um desconhecido, de perder o controle de sua forma física, de perder sua sanidade.*

*De forma bastante dolorosa, em alguns poucos atendimentos sua história veio à tona. Retoma a relação instável com seus pais, que dependiam dela financeiramente. Relata, então, um episódio que alegava nunca mais ter lembrado. Sandra, quando pequena, passava férias em uma cidade do interior onde a sua família materna morava. Certo dia, aos sete anos, ficou responsável por acompanhar sua avó, que era “louca”, à igreja e trazê-la de volta para a casa no final da missa. Sandra deixou a avó lá e foi brincar. Depois disso, nunca mais encontraram a senhora. Frente a essa lembrança, associa a perda da avó ao pânico que sente só de cogitar que alguém possa depender dela, seja afetivamente, seja fisicamente. Consegue começar a nomear o tal sentimento de nada e relata em detalhes momentos de despersonalização e desrealização, nos quais não se reconhece no espelho ou tem a sensação de não ter controle sobre partes de seu corpo, machucando-se ocasionalmente. Em paralelo, escolhe um nome para sua filha e aos poucos começa a organizar as coisas do bebê, ainda que de forma fragmentada. Nos últimos meses de gestação, a menina aparece sempre em seus*

*sonhos, mas com uma criança que já fala e anda. Sandra interpreta um dos sonhos e diz que só assim conseguiria pensar em sua filha: aquela que lhe diz de antemão o que fazer.*

*Após o parto, feito em uma instituição particular, Sandra me procurou novamente para me apresentar Juliana, sua filha. Dizia-se exaurida e pôde falar da raiva que ficava quando não conseguia fazer a menina parar de chorar, quando não entendia aquilo que sua filha precisava. Percebia que todas as tentativas pré-estabelecidas de controle fugiam-lhe pelas mãos e que ali não haveria livros ou tabelas - uma de suas obsessões - que desse conta da originalidade daquele encontro. Sandra, contudo, conseguia reconhecer suficientemente bem as demandas da filha.*

*Foram no máximo quinze atendimentos, a partir dos quais foi possível auxiliar Sandra a remanejar psicologicamente uma relação provocadora de angústia. Desvelar os fantasmas potencialmente patogênicos durante a gestação significou aqui propiciar o estabelecimento da preocupação materna primária, analisando precocemente as interferências que a ela se opõem. Reorganizar um espaço para a criança, por sua vez, significou para Sandra um reencontro em um lugar seguro com suas imagens antigas.*

Interessados por este neofuncionamento psíquico da mulher, e em seus efeitos negativos para o bebê, Bydlowsky e Golse ([2001]2002) se propõem a traçar o caminho que o psiquismo materno faz da passagem de um estado de *transparência psíquica* – que ocorre durante a gestação – para o de *preocupação materna primária* – que acontece nas últimas semanas que precedem o parto e as semanas imediatamente seguintes. De acordo com os autores,

tal passagem funda-se sobre uma báscula, uma gangorra da atenção psíquica da mãe de dentro para fora. Gangorra essa que

vem testemunhar um verdadeiro vaivém entre o objeto-criança e as representações maternas suscitadas pela sua presença (Bydlowsky e Golse, [2001] 2002: 216).

O investimento materno durante esse período passa, então, do objeto interno, representado pelos cuidados maternos de outrora, ao objeto externo, o filho. É necessário um suporte ambiental para que se dê essa transição do investimento narcísico materno para a identificação afinada com a criança.

O importante é que o pai, olhando a mãe, tire-a de seu sonho de gravidez e encoraje-a a olhar o bebê. Isso chama a atenção para o fato de que a mãe tem necessidade do pai (de um terceiro) a fim de poder olhar sua criança como um objeto completo, inteiro (Bydlowsky e Golse, [2001] 2002:219).

Apesar da importância do pai no início da vida psíquica do bebê ser, nos dias de hoje, nitidamente reconhecida, os estudos sobre o remanejamento narcísico, que decorre do acesso à paternidade, ainda são recentes. De acordo com Bydlowsky e Luca ([2001]2002), as descompensações psíquicas masculinas quando de um nascimento sempre foram reconhecidas, mas pouco investigadas. Mesmo as pesquisas mais modernas ainda têm como foco principal a transgeracionalidade, o lugar do pai em relação à família e ao processo de filiação.

É justamente esta temática que abordaremos na seção a seguir: a dos elementos fantasmático e histórico que entram em jogo para a construção, não só da paternalidade, mas também da maternalidade.

### **3.2 As interações no laço pais e bebê e sua dimensão inter-relacional**

A parentalidade se fabrica com ingredientes complexos. Alguns deles são coletivos (...). Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos dois pais enquanto pessoas, enquanto futuros pais, pertencem ao casal, à própria história familiar do pai e da mãe. Aqui está em jogo o que é transmitido e o que é escondido, os traumas infantis e a maneira com a qual cada um os contém. E depois, há toda uma outra série



de fatores que pertencem à própria criança, ela transforma seus genitores em pais (Moro, [2002]2004: 1).

Observações recentes mostraram que as fantasias parentais, ao mesmo tempo em que possibilitam a emergência da criança na linguagem, podem também perturbar o laço existente entre eles e seu bebê. Isto motivou os psicanalistas da primeira infância a investigarem as primeiras inscrições do inconsciente parental no bebê. Os trabalhos pós-kleinianos já ressaltavam que a qualidade das interações familiares influencia a qualidade dos vínculos objetivos posteriores. Assim, o estudo psicanalítico dos envelopes grupais e de seus efeitos diretos sobre o bebê tornou-se imprescindível (Golse, 2001).

Freud ([1914]1996) também já havia chamado a atenção para o papel dos discursos de antecipação proferidos pelas gerações precedentes no processo de constituição do sujeito. Todavia, o estudo do mecanismo de herança psíquica apareceu na psicanálise de forma tardia e em duas direções diferentes. De um lado, temos as observações feitas por Mijolla, Abraham e Torök, entre outros, que buscam entender as condições metapsicológicas da transmissão entre gerações, baseados em material retrospectivo de análise de adultos. De outro, encontramos as investigações sobre a questão das origens, partindo da observação direta do bebê e da clínica psicanalítica com pais e bebê, entre as quais podemos destacar os trabalhos de Lebovici, de Cramer e de Golse (Manzano et al., 2001).

É sobre estas últimas abordagens, que partem de uma articulação entre uma perspectiva progressiva e retroativa, que nos debruçaremos com a finalidade de buscar as principais referências que permeiam o estudo psicanalítico da transmissão psíquica e de seus efeitos sobre o bebê e seus pais. Antes, contudo, apresentaremos o trabalho de Selma Fraiberg, datado dos anos 60, considerado

pioneiro nesse campo de atuação da psicanálise, sendo referência do trabalho de todos os autores acima citados.

Fraiberg ([1963]1987) interessou-se pela primeira infância a partir de suas observações clínicas sobre a dificuldade existente entre os pais de crianças que nasceram cegas em estabelecer um laço afetivo com estas. Percebeu, então, que o desinvestimento parental – que ocorria devido a fantasias patogênicas – levava esses bebês a desenvolverem um estado semelhante ao autismo. Com o intuito de sensibilizar os pais de crianças pequenas em situação de risco, a autora desenvolveu um programa de acompanhamento a pais e bebê que se apoiava na transferência positiva como elemento central do atendimento. Sustentada pela hipótese segundo a qual a resposta materna às ações do bebê está relacionada às suas representações inconscientes, Fraiberg propôs investigar como as experiências infantis negativas parentais se repetiam no relacionamento atual com um filho (Emde, 1987).

Seu artigo mais conhecido, e que foi escrito com Adelson e Shapiro, trata justamente deste tema: o retorno dos fantasmas<sup>38</sup> da infância dos pais na relação com o bebê (Fraiberg e cols., [1974]1987). Os autores se baseiam na concepção de que o nascimento de um filho leva a grandes remanejamentos psíquicos e familiares, o que pode despertar os fantasmas parentais esquecidos no passado, fazendo-os retornar e assombrar o quarto dos bebês. Toda relação entre pais e bebê tem seus visitantes de um tempo distante, representações antigas que retornam no presente e invadem esse espaço, mas que em circunstâncias favoráveis são banidas rapidamente. No entanto, onde os conflitos infantis parentais

---

<sup>38</sup> A autora utiliza a palavra *ghost* como uma metáfora para as vivências parentais que retornam do passado e assombram a relação afetiva atual com um filho. Optamos por traduzi-la por “fantasma” a fim de manter o significado original.

não foram resolvidos, os fantasmas retornam para ficar e, em nome de uma tradição familiar, acabam afetando gravemente a constituição desse laço.

O bebê nessas famílias é sobrecarregado pelo passado opressor dos pais desde o momento que chega ao mundo. O pai parece estar condenado a repetir a tragédia de sua infância com seu próprio bebê em terríveis e exatos detalhes (Fraiberg e cols. [1974]1987:101. Tradução minha).

Mas, afinal, quais fatores da experiência psicológica familiar determinam a transferência intrapsíquica de objetos do passado para essa relação? Fraiberg e cols. ([1974]1987) lembram que a vivência de uma infância traumática, por si só, não é um presságio de uma provável repetição: “história não é destino” (p.102). A confrontação com uma situação angustiante nem sempre é traumática. É a abolição simbólica frente a essa vivência que a configura como um traumatismo, fazendo com que aquilo que não pôde ser representado não cesse de retornar.

Através de seus trabalhos clínicos, os autores perceberam que, para além de uma experiência dolorosa comum vivida por estes pais, existia um mesmo mecanismo psíquico para lidar com a impossibilidade de simbolização. Relatavam um episódio aflitivo na infância, mas eram incapazes de relacionar essa experiência ao presente, omitindo qualquer afeto relacionado ao acontecimento passado. Assim, o que aparecia recalcado em seus discursos não eram os eventos em si, mas sim os afetos experimentados na ocasião.

Para clarificar suas observações, Fraiberg e cols. ([1974]1987) recorrem ao mecanismo inconsciente de defesa egóico descrito por Anna Freud como uma identificação com o agressor<sup>39</sup>. Em uma manobra de defesa, para que o ego não vivenciasse uma ameaça insuportável, a sensação de perda, sofrimento e

---

<sup>39</sup> “Mecanismo de defesa isolado e descrito por Anna Freud (1936). O sujeito confrontado com um perigo exterior identifica-se com o seu agressor, ou assumindo por sua própria conta a agressão enquanto tal, ou imitando física e moralmente a pessoa do agressor, ou adotando certos símbolos de poder que o caracterizam” (Laplanche e Pontalis, 1988: 230).

desamparo foram reprimidos. A única saída encontrada, então, foi formar uma identificação patológica com o que parecia perigoso e intrusivo para o ego.

Libertar a criança da neurose parental, que contém afetos deslocados do passado e que podem distorcer seu desenvolvimento, se tornou então o foco da abordagem de Fraiberg (Emde, 1987)<sup>40</sup>. Uma vez que o desconhecimento da dor vivida é o que fornece a energia libidinal para a repetição, sua lembrança poderia levar a uma ruptura desse círculo trágico. Portanto, o objetivo do tratamento seria o de investigar os antigos conflitos que surgem e que interferem no processo de parentalidade, ajudando os pais a lembrar e re-experimentar uma infância originalmente angustiante. Para tanto, é essencial o estabelecimento de uma aliança terapêutica e de um processo de avaliação à procura, antes de qualquer coisa, dos elementos positivos. O trabalho terapêutico se dá através do suporte e até mesmo de orientações sobre o cuidado com o bebê, usando como estratégia o apontamento das interações positivas que os pais podem estabelecer com a criança e o progresso que ocorre em seu desenvolvimento quando isso se realiza (Fraiberg e cols., [1974]1987).

Como Fraiberg, Lebovici ([1983]1987) se empenhou em ajudar os pais a compreender a natureza dos deslocamentos transferenciais inconscientes que efetuavam sobre seu bebê. Entretanto, influenciado pelos estudos científicos sobre as potencialidades do recém-nascido, retomou o trabalho sobre os fantasmas parentais de maneira original, ressaltando como eles se faziam presentes na própria interação comportamental observável. Desta forma, propôs uma estreita relação entre o comportamento interpessoal e a dimensão

---

<sup>40</sup> De acordo com Emde (1987), Fraiberg interessou-se por reconhecer quais os fatores protetores individuais que algumas pessoas naturalmente encontravam para superar esse círculo de repetições do passado, levantando a hipótese de que eles surgiam com o auxílio de avós ou conjugues.

representacional e inconsciente, encorajando os psicanalistas da primeira infância a criar uma dialética entre os aspectos reais e a interação fantasmática.

Conforme o autor, essa relação interativa, descrita sob o signo da afetividade, é constituída por mecanismos inter e transgeracionais<sup>41</sup> que concernem ao desejo da criança, à gestação e ao nascimento do pequeno infante. Desde Freud ([1914]1996) sabe-se que as projeções parentais depositadas no corpo da criança, principalmente as maternas, são necessárias para dar ao psiquismo uma dimensão histórica. O corpo do bebê é e deve ser o palco das representações familiares, que vêm para confirmar seu narcisismo triunfante – “Sua Majestade o Bebê”. Para Lebovici, essas filiações inconscientes se organizam a partir de uma história familiar que se repete de uma geração à outra e que se atualiza nas primeiras trocas com um filho.

Entretanto, “quando o processo de filiação encontra-se demasiadamente ligado aos fantasmas que vagam pelo quarto das crianças: a afiliação cultural torna-se quase impossível” (Lebovici, 1999: 68). Assim, em toda relação corre-se o risco de que algumas representações inacessíveis e traumáticas sejam repassadas para a criança através da transmissão psíquica, o que, em vez de constituí-la subjetivamente, a condena a uma infinita repetição dos conflitos parentais. A criança, que não pode ser investida por seus pais, acha-se, então, em eminente perigo, pois tem que empregar toda a sua energia narcísica em si própria para reconstituir seu *self*.

---

<sup>41</sup> De acordo com Golse (2001), Abraham e Torok propuseram uma distinção entre transmissão transgeracional e intergeracional, que foi adotada pelos psicanalistas que se debruçaram sobre a transmissão psíquica. A transmissão transgeracional “se desenrola entre indivíduos não contemporâneos, mas ligados por uma corrente de palavras (...). Trata-se da transmissão de um material psíquico desde um passado relativamente antigo até um indivíduo atual, pelo viés principal da linguagem e de seus diversos avatares (...) dentre os quais encontramos os não-ditos e interditos” (p.5). Já a expressão transmissão intergeracional deve ser reservada para a transmissão que se dá entre duas gerações em contato direto e que, portanto, ocorre nos dois sentidos: ascendente e descendente.

*Joana só descobriu que estava grávida com cinco meses de gestação, depois de passar mal e ir parar em uma emergência devido a um quadro de hipertensão arterial gravídica. Ficou por três meses de cama, pois achava que estava doente e iria morrer. Procurou-me no pré-natal para conseguir um encaminhamento para seu filho, de 8 anos, pois tinha certeza de que ele tinha uma “personalidade psicopática”. Na primeira entrevista, fala de seu terror da cesárea: para ela é impensável ter que fazer outra “cirurgia”. Tem dois filhos, sendo que ambos nasceram de cesárea, pois, segundo Joana, ela “não tem saída”, isto é, dilatação. Durante os cinco meses de atendimento no pré-natal, Joana fala de sua história, lembrando seu pai, que era usuário de drogas, e de sua mãe, que sempre a rejeitou. Quando se separaram, Joana preferiu ficar com o pai. “Preferi ficar com o monstro a morar com ela”. Durante o atendimento, Joana retoma inúmeras vezes a relação instável que tinha com seu pai, principalmente quando fala de seu filho mais velho. A cada sessão conta com detalhes os seus relacionamentos com outros homens, marcando sempre a necessidade de submetê-los radicalmente a seus desejos.*

*No sétimo mês, descobre que está esperando um menino. Fica ainda mais angustiada, pois tem falado muito da dificuldade que tem em lidar com os homens. Escolhe um nome bíblico para seu filho, mas o marido não concorda. Aparece em várias sessões insistindo no tal nome. Um dia, chega rindo, e conta ter pesquisado qual era o papel do personagem bíblico. “Ele é um dos escravos de Moisés. Tudo o que Moisés manda-o fazer, ele faz”. A submissão dos homens aos seus desejos mais uma vez reaparece como única saída que encontra para não se deparar com outro que é distinto de si.*

*No dia do parto, Joana, muito inquieta, repetia que estava mais uma vez sem saída. Já conseguindo nomear sua angústia, falou ter muito medo do filho que*

*estava para nascer. No pós-parto, Joana desmaiou mal conseguindo ver o rosto da criança. Hipertensa, ficou dois dias de cama e não pôde ir ao berçário ver seu filho, que foi encaminhado para a unidade intensiva devido a uma perda ponderal significativa. Juntas, fomos vê-lo pela primeira vez na UTI. Com temor, Joana o pegou no colo, mas ainda não conseguia amamentá-lo.*

*Seu marido me contou que achou o filho idêntico a ela, e que inclusive ele havia preenchido na identificação da encubadora o nome de Joana no local reservado para o nome da mãe e para o do nome do pai. Naquele momento, era dada literalmente à Joana a função materna e paterna com relação àquela criança, algo que tanto a aterrorizava e a deixava “sem saída”. Paralisada por suas construções fantasmáticas, mal conseguia tocar no bebê. Pedi para que o enfermeiro trocasse a identificação do bebê, e que anotasse o nome correto do pai. Surpreso, seu marido ainda demorou até que pudesse dar seu nome completo. Joana, por sua vez, automaticamente iniciou uma conversa com seu filho, explicando que teriam que voltar ainda muitas vezes ao hospital para nossas consultas, questionando-me se ainda podia atendê-los, só que agora juntos. Nesse mesmo dia, começou a amamentá-lo e tiveram alta no dia seguinte. Após um mês, Joana retornou para os atendimentos, agora com o filho.*

Cabe destacar que não são apenas as representações familiares que podem perturbar esse vínculo. O devir de uma criança não pode ser deduzido apenas a partir de uma continuidade com o que a precede. Essas determinações são sempre parciais. Seguindo a concepção de uma dinâmica interativa, Lebovici ([1983]1987) observou que o modo de expressão pelo qual os bebês dão conta da sua vida emocional pode também desconcertar seus pais. Assim, se por um lado o processo de filiação se dá pela transmissão transgeracional, por outro o processo de

parentalização só é possível pelo confronto dos pais com as proto-representações do bebê. As interações fantasmáticas que ocorrem na tríade se dão justamente no encontro da criança imaginada pelos pais com os pequenos sinais que reconhecem como sendo enviados por ela.

As interações fantasmáticas (...) respondem, pois, ao estudo da influência recíproca do desenrolar da vida psíquica da mãe e de seu bebê. Este tem, aliás, seu lugar no equilíbrio das relações familiares: sua existência conduz a confirmá-lo ou a pô-lo em evidência, pelo fato de que seu nascimento se inscreve num programa transgeracional (Lebovici, 1987: 262).

A originalidade dos estudos de Lebovici ([1983]1987) se deu quando ele reafirmou que, mesmo para os psicanalistas, a criança e seus pais só podem ser considerados como um sistema indivisível, onde cada um influencia o outro. Trata-se de pensar no processo de subjetivação como um encontro assimétrico entre um indivíduo em permanente vir-a-ser e um sujeito, em que ambos são afetados de forma interativa e contínua. Desse modo, Lebovici chega a afirmar que as ações dos pais correspondem não só ao conjunto de fantasias onde são implicados seus próprios desejos inconscientes, como também aos efeitos complexos provocados pelo encontro com as proto-representações do bebê.

Uma vez que o processo interacional pode ser desordenado por um ou por outro de seus parceiros, Lebovici ([1983]1987) percebeu a importância da presença dos três para que uma consulta terapêutica se dê. Quanto aos pais, é importante fazê-los falarem sobre o sintoma que os preocupa e escutá-los contarem sua própria história, o que permite a evocação de suas fantasias projetadas sobre o bebê. Já este último, por ser capaz de acompanhar o valor afetivo das palavras, pode atuar como agente de uma modalidade específica de transferência, podendo ele próprio



conferir aos pais uma modificação em seu status<sup>42</sup>. De acordo com o autor, o analista deve, sobretudo, restabelecer o duplo sentido do processo de filiação-parentalização. Ao mesmo tempo em que recoloca os processos de transmissão psíquica em movimento, deve estar atento para preservar certo grau de liberdade, a fim de que o sujeito possa se revelar sem ser intoxicado pelos mandatos transgeracionais.

Nesta mesma trilha, Cramer e Palácio-Espasa (1993), representantes da Escola de Genebra, retomam a hipótese básica de Lebovici - a existência de uma correlação entre os padrões interativos e os conteúdos psíquicos parentais correspondentes - mas se empenha essencialmente em estudar a idéia da partilha de significações inconscientes entre pais e filhos. O foco aqui recai, portanto, sobre o mundo representacional parental, que induz a roteiros que serão tecidos na interação com o bebê.

De acordo com esta visada, o nascimento de um filho implica uma neoformação psíquica dos pais, colorida pelo retorno de seus fantasmas transgeracionais. Trata-se de um novo território psíquico parental que ocorre no encontro com o filho, um objeto inicialmente estranho e insólito, que demanda uma simbolização. Dessa forma, o momento do pós-parto é descrito pelos autores como um período de efusão projetiva, onde “os pais transbordam nas representações pré-conscientes e inconscientes que os habitam, o que faz do filho uma tela de projeções na qual se animam, em uma nova edição, suas imagos infantis” (p.289).

Aqui tocamos em um ponto importante da teoria de Cramer que o afasta de Lebovici. De um lado, encontramos a psicoterapia breve da Escola de Genebra, que,

---

<sup>42</sup> O terapeuta a partir de uma atitude empática, movimento inconsciente pelo qual ele se identifica com os pais e o bebê e se esquece de si mesmo, é capaz de organizar uma relação também com o bebê. Interação esta que se situa no registro da comunicação primitiva (LEBOVICI, SOLIS-PONTIS e MENENDEZ: [1999] 2004).

ao expor a dimensão inter-relacional dos distúrbios da primeira idade, enfatiza a relação existente entre as modalidades interativas patológicas e as configurações conflituosas dos pais. Essa técnica busca elucidar a representação materna alienante, o que permitiria sua reapropriação pela mãe, modificando sua interatividade com o bebê, cujos sintomas perdem então sua utilidade psicodinâmica (Cramer, 1999). De outro lado, Lebovici ([1983]1987), que apesar de ser simpático ao objetivo da técnica de Cramer – clarificar os mandatos transgeracionais inconscientes –, vai além ao acreditar na possibilidade do bebê co-construir com os pais uma relação. De acordo com Golse (2003), através do conceito de enação<sup>43</sup> – uma identificação empática do terapeuta que pertence à esfera dos afetos e das emoções primitivas, Lebovici pôde afirmar que “certamente os bebês induzem nos adultos que se ocupam deles modalidades interativas em relação com suas primeiríssimas experiências inter-relacionais” (p.90). Assim, suas consultas unem duas hipóteses: “os cuidados maternos incluem a vida fantasiosa da mãe. E, a criança pequena, investindo a mãe, contribui para lhe dar status” (Lebovici, [1983] 1987: 303).

Golse (2003), por sua vez, afirma que “a história do sujeito é fundamentalmente uma co-construção” (p.74). Toda criança tem a necessidade de uma história relacional para se constituir. É ela que irá permitir que o pequeno infante se inscreva em uma dupla filiação – materna e paterna – e se situe no interior de um grupo familiar. Entretanto, como Lebovici (1999) já havia afirmado, essa transmissão psíquica deve ser suficientemente maleável, deixando um espaço para que o bebê também possa se manifestar. Assim, a função parental “não consiste

---

<sup>43</sup> Mais detalhes sobre o conceito de enação e suas especificidades nas consultas terapêuticas ver: LEOVICI, S. SOLIS-PONTIS, L. e MENENDEZ, J., [1999] 2004.

somente em transmitir a vida, mas, de maneira mais profunda, consiste em transmitir a capacidade mesma de transmissão” (Golse, 2003: 74).

Para tanto, a mãe deve ser não só continente, mas também narrativa. Todo bebê tem a extrema necessidade de um adulto narrador que exerça a função simbólica e antitraumática de ordenar seus processos de ligação. Idealmente, todo cuidador deveria testemunhar, junto com a criança, suas primeiras experiências, podendo dizê-las e redizê-las<sup>44</sup>. Para que a díade possa viver esse encontro, é necessário, por sua vez, um terceiro continente (o pai) que contextualize essa relação, tendo aqui uma função nutriz. É a criação desses laços que irá permitir uma organização progressiva do mundo representacional do bebê (Golse, 2003).

Quando corre tudo bem nesse encontro, um espaço de narração se dá entre pais e filho. Cada vez que um adulto cuida de um bebê, estabelece-se entre eles um estilo interativo único. A originalidade da interação é resultante das características próprias de cada um: da história pessoal dos adultos e do encontro com as características interativas singulares daquele bebê. Temos aqui duas histórias precoces distintas: a história infantil de cada um dos pais e a história precoce do próprio bebê.

Para ilustrar o fato de que a criança é capaz de “contar” precocemente algo de suas vivências, Golse (2003) recorreu ao conceito de identificações intracorporais descrito por Geneviève Haag. A hipótese de Haag consiste em que, na ausência da interação materna, durante um curto período de tempo, a criança seja capaz de viver com o seu próprio corpo uma experiência asseguradora momentânea que tem valor equivalente ao da interação mãe e bebê. Por meio de manobras de autoconsolação

---

<sup>44</sup> Para ilustrar a importância da função narrativa materna, podemos recorrer ao quadro de hospitalismo descrito por Spitz ([1945]1979). Como vimos na seção anterior, em suas observações de campo, o autor percebeu que o estado de carência afetiva de alguns bebês não se dava apenas pela falta concreta de um cuidador mas, quando mesmo na presença deste, ocorria um fracasso na mediação simbólica que organiza as suas primeiras experiências libidinais.

(colocar os dedos na boca, juntar as mãos, etc.), a criança consegue reviver as junções que acabara de ter no encontro relacional, utilizando seu próprio corpo. Desse modo, “o bebê conta a si mesmo, a sua maneira e muito cedo, as seqüências interativas, nas quais ele se encontra implicado e que ele representa a si mesmo através do seu jogo comportamental” (p.66). Deparamo-nos aqui com um momento muito inicial da capacidade de narratividade, isto é, com a possibilidade de a criança reviver em um tempo *a posteriori* imediato os eventos que ela acabou de experimentar.

Através do estilo interativo que cada criança induz nos adultos que cuidam dela, existe uma maneira utilizada por ela de ‘contar’ algo de sua história precoce. (...) O adulto, pelo viés daquilo que a criança o faz experimentar e que influencia seu estilo de interação habitual, deve conceder a maior atenção ao que a criança traz na interação e que é, de fato, uma mistura da parte pessoal e dos traços de sua história precoce (Golse, 2003: 68).

A narratividade parental, por sua vez, depende da capacidade regressiva dos pais com o bebê, isto é, de manterem uma relação presente com suas próprias partes infantis. Só então pode se dar um espaço de narração, onde cada protagonista conta com sua história precoce. Dessas duas narrativas, por sua vez, deve nascer uma terceira, que abra um espaço de criatividade comum à criança e ao adulto. Quando essa narração conjunta não se dá, pais e filho ficam presos em uma repetição mortífera. Golse (2003) destaca que o objetivo da psicoterapia com pais e bebê – seja qual for a modalidade escolhida – é, por um lado, permitir que a criança reencontre um certo grau de liberdade identificatória e, por outro, recolocar os pais em uma posição criativa e dinâmica em relação à criança. Nesta direção, o autor alerta para o perigo de nos aliarmos à medicina preditiva, o que seria apenas um reforço à própria situação de risco, uma vez que amaldiçoa a criança em seu *vir-a-ser*.

A clínica com pais e bebês em situação de risco traz à tona o antigo debate em relação à possibilidade de prevenção em psicanálise, uma vez que almeja examinar as situações em que o processo de subjetivação está em risco, antes de sua cristalização. A proposta de intervir em um momento em que o sintoma ou a patologia ainda não se instalaram não está, contudo, ligada à noção de erradicação, previsão ou mesmo à de probabilidade. Ao contrário, nas intervenções pais/bebê, “qualquer que seja o dispositivo que tenhamos, o fazemos com o objetivo principal de reconduzir o jogo, de reconduzir a liberdade na escritura dessa terceira história” (Golse, 2003: 39).

## 4 CONCLUSÃO

Ao longo de nosso estudo, buscamos tecer algumas considerações sobre a inserção da psicanálise nas práticas assistenciais em saúde materno-infantil desenvolvidas no campo da saúde pública, salientando particularmente o contexto de uma unidade voltada para gestação de alto risco.

As inovações propostas por uma ação clínica calcada na ética e no discurso psicanalítico em uma instituição com tais especificidades levaram-nos, evidentemente, a questionamentos e a limitações. É sabido que um lugar para o profissional psi na rotina de um hospital geral não é problema: as demandas que surgem são intermináveis. Optamos, contudo, por retomar essa questão por outro viés: é possível uma interseção da psicanálise com a medicina e as práticas educativas no âmbito da atenção integral à saúde materno-infantil que crie desdobramentos singulares?

Antes de qualquer coisa, partimos da hipótese de que a práxis psicanalítica não é mero modelo constituído e estanque a ser aplicado como salvaguarda em uma instituição. Desse prisma, foram apontados alguns aspectos importantes que perpassam nosso trabalho de ponta a ponta. À medida que nos deparamos com situações de urgência física, psíquica e mesmo social, essa oferta de cuidado tem como condição básica não possuir nem um lugar físico, nem uma frequência definidos *a priori*. Além disso, como vimos, tal proposta pressupõe um atravessamento permanente não somente por outras disciplinas, mas pelo domínio subjetivo que está envolvido no processo de adoecimento e de produção de saúde. Enfim, fatos que nos fazem aprender a lidar com as incertezas, inventar saídas

originais e redescrever quase que diariamente o nosso lugar em uma equipe de saúde.

Tendo em vista a emergência de uma nova terapêutica, fez-se um mapeamento das principais leituras psicanalíticas que se voltaram para o período perinatal. A partir das idéias expostas, ressaltou-se a importância das experiências iniciais para o processo de constituição do psiquismo. Como apontamos, essa interação precoce é influenciada tanto pela história passada dos pais e cuidadores como pela história imediata do próprio bebê. Isso implica afirmar que desde a tenra infância a criança já é capaz de expressar precocemente algo de suas vivências através de pequenos sinais corporais táteis e sonoros. Seu corpo não é apenas uma superfície na qual se inscrevem os encontros com o meio ambiente, mas ele desde sempre também reflete pequenos gestos, ritmos ou ruídos que introduzem novas demandas relacionais. Adotar tal suposição, por sua vez, trata-se de admitir que esse encontro imprime diferentes marcas tanto na criança como naqueles que o assistem.

Dado o propósito do debate, chamo a atenção para que nem mesmo o atual reconhecimento das competências psíquicas precoces do bebê pôde refutar a exigência de que haja uma provisão ambiental que facilite o caminho na direção da integração do indivíduo em um si-mesmo unitário. Desse ângulo, a função dos cuidadores ainda é de importância primordial, pois são eles que irão reconhecer e interpretar as proto-representações formadas pela criança. É justamente a partir dessas antecipações parentais que é construída a pré-história do sujeito e organizada uma continuidade em sua existência.

A temporalidade é, então, o principal fundamento desta proposta de atuação na perinatalidade. Mas uma temporalidade paradoxal, posto que avança no tempo

em concomitância a uma retroação em função da história transgeracional familiar. Se, para a psicanálise, o ser humano vai se construindo no tempo através de uma permanente re-transcrição, também é inegável que esse primeiro momento da constituição psíquica é determinado cronologicamente como uma época de plasticidade e de ancoragens simbólicas decisivas (Jerusalinsky, 2001). É justamente nessa ocasião crítica que os psicanalistas visam detectar um sintoma que já está produzindo obstáculo à inscrição necessária do sujeito, propondo um enquadre que possibilite a tríade – pai, mãe e bebê – construir os envelopes psíquicos que ainda não estão dispostos.

Procuramos ao longo do trabalho articular tais contribuições que apontam para as condições necessárias para que o processo de subjetivação se desenrole, feitas por Winnicott ([1945]2000) Fraiberg e cols. ([1976]1987), Lebovici (1987), Cramer (2003) e Golse (2003), com o espaço de uma unidade de saúde terciária de alta complexidade, enfatizando algumas adaptações necessárias. Aqui, não pensamos apenas nos pais e nos bebês, mas também nos outros cuidadores que interferem diretamente nesse laço. Lembremos que um impedimento à instalação do processo interacional, como bem marcou Lebovici ([1983]1987), pode ser criado por um ou por outro de seus parceiros. Sugerimos, assim, que nesse contexto ao qual nos referimos, não apenas a equipe de saúde como também a dinâmica institucional podem funcionar como facilitadores de tal interação ou como obstáculos a ela.

Cabe destacar que, em nossa experiência cotidiana, o que observamos é que as práticas assistenciais desenvolvidas no sistema público de saúde ainda deixam a desejar. É notório que o acesso a tais serviços no Brasil apresenta ainda lacunas bastante significativas. Tal preocupação, apesar de não ter sido abordada em sua dimensão em nosso estudo, é certamente um de seus fundamentos. Afinal, trata-se



de promover um campo assistencial inventivo que, mesmo diante das padronizações médicas e das desigualdades sociais tão assustadoras, permita ao indivíduo adaptar-se criativamente às exigências da vida, possibilitando-os exercer sua potência expressiva.

## REFERÊNCIAS

- ANSERMET, François. Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- ARÁN, Márcia. O Averso do Averso: feminilidade e novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Garamond, 2006
- ARÁN, Márcia; MORICONI, Lilia e ALCIDES, Raquel. O que pode a pele: breve relato de uma experiência com grupo terapêutico no hospital geral. Revista Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v.16.1, p.131-147, 2004.
- ASSIS, Mônica. Educação em Saúde e Qualidade de Vida: Para Além dos Modelos, a Busca da Comunicação. Em: Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, nº.169, p.3-30. nov. 1998.
- BALINT, Michel. A falha básica: aspectos terapêuticos a regressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BIRMAN, Joel. Além daquele beijo!? – sobre o infantil e originário em psicanálise. Em: SANTA ROZA, Elisa e SCHUELER REIS, Eliana. Da análise na infância ao infantil na análise. Rio de Janeiro: Contra Capa Editora, 1997.
- BOWLBY, John. (1969). Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BOLWBY, John. (1957). Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BOLWBY, John. (1954). Cuidados Maternos e Saúde Mental. São Paulo: Martins Fontes, 1995
- BYDLOWSKY, Monique (2001). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. Em: CORRÊA FILHO, L.; GIRADE CORRÊA, M.; FRANÇA, P. (orgs.). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: I.G.E. Editora, 2002.
- BYDLOWSKI, Monique e GOLSE, Bernard. (2001). Da Transparência Psíquica à Preocupação Materna Primária: uma via de objetualização. Em: CORRÊA FILHO, L.; GIRADE CORRÊA, M.; FRANÇA, P. (orgs.). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: I.G.E. Editora, 2002.

BYDLOWSKI, Monique e LUCA, Daniela. (2001). Depressão paterna e perinatalidade. Em: CORRÊA FILHO, L.; GIRADE CORRÊA, M.; FRANÇA, P. (orgs.). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: I.G.E. Editora, 2002.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 3ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

CAMARGO Jr, Keneth. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. Em: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 76 (1):63-76, 2007.

CAVALCANTI, Ludimila Fontenele. O PAISM e a Configuração da Rede de Assistência à Saúde da Mulher no Município do Rio de Janeiro. Em: A Instituição de Saúde e a Construção do Espaço Público – O caso do Hospital Maternidade Alexandre Fleming. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

CHERTOK, Léon e STENGERS, Isabelle. O coração e a razão: a hipnose de Lavoisier a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

CORRÊA FILHO, Laurista. Definições e conceitos básicos em neonatologia e perinatologia. Em: CORRÊA FILHO, L; GIRADE CORRÊA, M.; FRANÇA, P. (orgs.). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: I.G.E. Editora, 2002.

CORRÊA FILHO, Laurista e GIRADE CORRÊA, Maria Elena. Saúde e educação a partir do nascimento ou antes? Em: CORRÊA FILHO, L; GIRADE CORRÊA, M.; FRANÇA, P. (orgs.). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: I.G.E. Editora, 2002.

CRAMER, Bertrand. Técnicas Psicoterápicas Mãe/Bebê: Estudos Clínicos e Teóricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

CRAMER, Bertrand. A técnica das terapias breves pais/crianças pequenas. Em: GUEDENEY, A. e LEOVICI, S. Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CUNHA, Iole. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para cuidadores da UTI Neonatal. Em: ARAGÃO, Regina O. (org.) O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo, Casa do psicólogo: 2004.

DOLTO, Françoise. Tudo é Linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

EMDE, Robert. N. Selma Fraiberg: essayist, clinician and scientific pathfinder. Em: Selected Writings of Selma Fraiberg. Ohio State University Press: Columbus, 1987.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. Saúde e doença na psicanálise: sobre Georges Canguilhem e Donald W. Winnicott. Em: BEZERRA JR., Benilton e ORTEGA, Francisco. Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2007.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde mental da criança e da mulher. Em: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. Presença, Implicação e Reserva. Em: FIGUEIREDO, Luis Cláudio e COELHO JUNIOR, Nelson. Ética e Técnica em Psicanálise. São Paulo: Escuta, 2000.

FRAIBERG, Selma; ADELSON, Edna e SHAPIRO, Vivian. (1974). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. Em: Selected Writings of Selma Fraiberg. Ohio State University Press: Columbus, 1987.

FRAIBERG, Selma e FREEDMAN, David. (1963). Studies in the Ego Development of the Congenitally Blind Children. Em: Selected Writings of Selma Fraiberg. Ohio State University Press: Columbus, 1987.

FREUD, Anna (1927). O tratamento psicanalítico de crianças: preleções técnicas e ensaios. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

FREUD, Sigmund. (1938). Esboço de Psicanálise. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

FREUD, Sigmund (1917). O caminho da formação dos sintomas. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

FREUD, Sigmund (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

FREUD, Sigmund. (1909). Pequeno Hans Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. X. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

FREUD, Sigmund (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

FREUD, Sigmund (1896). A etiologia da histeria Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. III. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

FREUD, Sigmund (1895). Projeto para uma psicologia científica. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.I. Rio de Janeiro: Imago Ed.,1996.

GOLSE, Bernard. Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GOLSE, Bernard. (Outubro, 2001). A transmissão psíquica no desenvolvimento e na formação. Trabalho apresentado no “Encontro com Bernard Golse” promovido pela Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

GREENBERG, Jay e MITCHELL, Steven. Relações Objetais na Teoria Psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JERUZALINSKY, J. Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Álgama, 2002.

KHAN, M. Masud. R. (1986). Introdução. Em: WINNICOTT, Donald W. Holding e Interpretação. São Paulo: Martins Fontes, 1991

KHAN, M. Masud. R. (1975). Introdução. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

KLEIN, Melanie (1932) A psicanálise de crianças. São Paulo: Mestre Jou 1969.

KOHON, Gregório. A escola britânica de psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEAL, Maria do Carmo e GAMA, Silvana Granado Nogueira. A perinatalidade no Rio de Janeiro. Em: Cadernos de Saúde Pública, 20, Sup 1:S4-S5. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.

LEBOVICI, Serge, SOLIS-PONTIS, Letícia e MENEDEZ, Jorge A. B. (1999). Em: PEREIRA DA SILVA, Maria Cecília (org). Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o novo milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

LEBOVICI, Serge (1983). Bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEBOVICI, Serge; SOULÉ, Michel. O conhecimento da criança pela psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1980.

LEBOVICI, Serge. As consultas psicoterápicas. Em: GUEDENEY, A. e LEBOVICI, S. Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas.

MACIEL JUNIOR, Auterives e KUPERMANN, Daniel. Sobre o plano de composição da clínica. Em: MACIEL JUNIOR, Auterives, KUPERMANN, Daniel e TEDESCO, Silvia (orgs). Polifonias: clínica, política e criação. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005.

MORO, Rose Marie (Maio, 2004). Os ingredientes da parentalidade. Trabalho apresentado na Sociedade Psicanalítica Iracy Doyle, Rio de Janeiro.

NAGAHAMA, Elizabeth e SANTIAGO, Silvia. A institucionalização médica do parto no Brasil. Em: Revista Ciência e Saúde Coletiva, Humanização e Produção de Cuidados em Saúde, volume 10, número 3, julho/setembro de 2005.

PETERFREUND, Emanuel. Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy. Internacional Journal Psycho-analytic. n.59. pp. 427-441, 1978.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

SOUZA, Octavio Almeida. Os continentes psíquicos e os vazios em psicanálise. Em: Da Poian, Carmen. (Org.). Formas do vazio: desafios ao sujeito contemporâneo. São Paulo: Via Lettera Editora, 2001a.

SOUZA, Octavio Almeida. Nota sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias psicanalíticas. Em: BEZERRA JR., Benilton. e PLASTINO, Carlos Alberto. (orgs.) Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001b.

SPITZ, René (1945). O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

STERN, Daniel (1985). A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STERN, Daniel. O mundo interpessoal do bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985

SZPIRKO, Jean. Ser doente, ter uma doença. Em: ALBERTI, S. e ELIA, L. Clínica e pesquisa em psicanálise. Rio de Janeiro, Marca d'Água, 2000.

TIZARD, Peter (1986). Introdução. Em: WINNICOTT, Donald W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

TUSTIN, Frances (1993a). Entrevista concedida a Eduardo Vidal. Em: Letra freudiana. Escola, Psicanálise e Transmissão. XIV(14): p 85-99. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

TUSTIN, Frances (1993b). A perpetuação de um erro. Em: Letra freudiana. Escola, Psicanálise e Transmissão. XIV(14): p 63-79. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

TYSON, Phyllis; TYSON, Robert L. Teorias psicanalíticas do desenvolvimento: uma integração. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

WANDERLEY, Danielle Brito. Em busca do trono perdido questões acerca do atendimento pais-bebê. Em: WANDERLEY, D. B. Palavras em torno do berço. Salvador: Ágalma, 1997.

WINNICOTT, Donald W. (1971) A criatividade e suas origens. Em: WINNICOTT, D.W. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1975.

WINNICOTT, Donald W. (1970) A dependência nos cuidados infantis. Em: WINNICOTT, Donald W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. (1970) Vivendo de modo criativo. Em: WINNICOTT, Donald W. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, Donald W. (1968) A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. Em: WINNICOTT, Donald W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. (1968). O jogo do rabisco. Em: WINNICOTT, Claire; SHEPHERD, Ray e DAVIS, Madeleine (orgs). Explorações Psicanalíticas: D.W.Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, Donald W. (1967) O conceito de indivíduo saudável. Em: WINNICOTT, Donald W. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, Donald W. (1967) Pós-Escrito: D.W.W. sobre D.W.W. Em: WINNICOTT, Claire; SHEPHERD, Ray e DAVIS, Madeleine (orgs). Explorações Psicanalíticas: D.W.Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, Donald W. (1966a) As origens do indivíduo. Em: WINNICOTT, Donald W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. (1966b) A mãe dedicada comum. Em: WINNICOTT, Donald W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. (1965) A contribuição da psicanálise à obstetrícia. Em: WINNICOTT, Donald W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. (1965) O valor da consulta terapêutica. Em: WINNICOTT, Claire; SHEPHERD, Ray e DAVIS, Madeleine (orgs). Explorações Psicanalíticas: D.W.Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, Donald W. (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Em: WINNICOTT, Donald W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, Donald W. (1962) A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em: WINNICOTT, Donald W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, Donald W. (1962) A teoria do desenvolvimento paterno-infantil. Em: WINNICOTT, Donald W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, Donald W. (1956) A Preocupação Materna Primária. Em: WINNICOTT, D.W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1954) Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1953) Tolerância ao sintoma em pediatria: relatório de um caso. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1952) Ansiedade associada à insegurança. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1950) Saber e aprender. Em: WINNICOTT, Donald W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, Donald W. (1948) Pediatria e Psiquiatria. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1942) Consultas no Departamento Infantil. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1941) A observação de bebês numa situação padronizada. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1936) O apetite e os problemas emocionais. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1931) Notas sobre normalidade e ansiedade. Em: WINNICOTT, Donald W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.



ZORNIG, Silvia. A. A criança e o infantil em psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Escuta, 2000.

ZORNIG, Silvia A., MORSCH, Denise S. e BRAGA, Nina A. Parto prematuro: antecipação e descontinuidade temporal. Em: ARAGÃO, Regina O. (org.) O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo, Casa do psicólogo: 2004.