

Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro 2003
Tema 5 As subjetividades contemporâneas
Sub-tema 5.c. As novas formas de sofrimento

Subjetivação “em risco”

Um estudo de bebês e crianças com anomalia congênita

Leda Maria Souza de Araújo Coser

RESUMO

Esse trabalho trata do olhar, de corpos, de crianças e sensibilidades. Num espaço de alta complexidade médica, tecnológica e de interações fui buscar os sentidos e afetos dirigidos a bebês e crianças que nascem "com defeito". Em busca das sensibilidades que circulam entre, dos e para estes corpos com anomalia congênita e que precisam de uma ou mais intervenções cirúrgicas para viver, meu olhar e minha escuta puderam capturar pequenas manifestações, sutilezas de um cotidiano bastante incomum a um bebê que acabou de nascer ou a uma criança que ali passa boa parte de sua vida "sendo reconstruída". O estudo realizado se referiu tanto a um espaço representado por ambientes físicos, os diversos lugares do Departamento de Cirurgia Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira, quanto a um espaço de representações entre diversos corpos, que pôde ser mostrado e evidenciado .

Palavras-chave: Subjetivação, Psicanálise, Cirurgia, Bebês.

Cobras cegas são notívagas.

O orangotango é profundamente solitário.

Macacos também preferem o isolamento.

Certas árvores só frutificam de 25 em 25 anos.

Andorinhas copulam no vôo.

O mundo não é o que pensamos.

Carlos Drummond de Andrade

Se o mundo não é o que pensamos, o que podemos pensar dele? Para responder a esta indagação, tendo como objeto de trabalho a subjetivação de/ e em bebês e crianças “em risco”, é necessário que se busque o sentido, os

significados e especificidades no lidar — tratamentos e cuidados — com crianças que precisam de um espaço tão especial quanto as singularidades do seu corpo. Interrogo-me acerca desses pequenos corpos diferentes e seus diversos “lugares” — na história, na clínica, na relação com a mãe; com profissionais, na materialidade do cotidiano de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, no imaginário de uma cultura. Tudo a revelar e traduzir, questionamentos muitas vezes paradoxais. Cada termo — criança, diferença, orgânico, nascimento — pode suscitar longas discussões e percursos diversos: é que o estatuto do corpo e o reconhecimento da dimensão de sujeito têm determinações outras, para além da história natural. E a história do sujeito não é tão natural assim.

Ela pode contemplar vários olhares e áreas de conhecimento e suas inúmeras vertentes possíveis. Uma heterogeneidade de caminhos que se colocam.

Podemos observar que apesar de todos os cuidados necessários e de um tratamento clínico adequado que é oferecido pelas UTI's, alguma coisa pode não ir bem e esse bebê não se constituir como todos esperam que aconteça — tornar-se criança, um sujeito. Esse fato pode ser evidenciado, por exemplo, pela cronicidade de um aspecto inicial referente ao nascimento prematuro que pode continuar sendo uma condição imaginária — uma prematuridade para toda a vida, na qual estão presos mãe e filho, carentes de intervenções para além da ordem orgânica, que possam resgatar uma história e, conseqüentemente, uma criança e sua possibilidade de ser, mesmo que diferente.

Por outro lado, a UTI pode ser um local onde uma criança possa advir, desde que os cuidados e tratamentos que ali se efetivam emprestem desejo àqueles que os recebem. Mesmo a partir do uso de uma “tecnologia de cuidados” estes

transcendem o campo da tecnologia médica ou da aplicação de uma ciência sobre um organismo doente. Por possibilitar que se veja um sujeito onde nada parece existir além de um organismo desvalido, e que se possa antecipar uma condição de existência subjetiva para este ser a partir da construção de novos olhares, julgo que representa um espaço de possibilidades para tais crianças. Sem o que elas encontrarão dificuldades no seu processo de constituição psíquica.

Emergem aqui questões muito importantes, tanto em termos conceituais quanto práticos, bem como a oportunidade de explicitá-las. Trata-se de conceitos oriundos da teoria psicanalítica e relativos aos processos constitutivos da psique em cada um de nós.

As experiências de prazer-desprazer (fome-saciedade, frio, dor, desconforto-acolhimento), são condições necessárias, mas não suficientes, para que um sujeito se constitua. A existência de um outro, que possa dar sentido às manifestações do bebê, aos seus gestos e movimentos corporais, assim como conferir intencionalidade, mesmo a seus movimentos reflexos, é imprescindível.

“Porque o destino do bebê, como futuro sujeito, está sendo inscrito nas marcas fundantes que vão imprimindo, sobre o seu corpo no real, os atos do adulto em relação a ele, atos cujo conteúdo e qualidade irão apresentar diferenças em função daquilo que significar para o adulto a imagem que vê nesse objeto-bebê que tem diante de si” (Coriat, 1997:93).

Habitualmente é a mãe quem interpreta as manifestações e supostas demandas do *infans*. Nesses momentos em que responde a seu bebê, que coloca sentido em suas manifestações, ela o faz a partir de seu desejo.

Fazendo parte do desejo da mãe o bebê pode ser reconhecido na sua filiação, na sua história.

A questão, então, é: como pode um bebê tornar-se um sujeito se, ao nascer, apresenta problemas de ordem orgânica que a todos assusta e faz com que dele se afastem? Como pode um bebê vir a se constituir enquanto um sujeito falante, que tem uma identidade psíquica, sexuada, relacional, se ao nascer ele é privado, por razões impositivas de natureza orgânica, do contato com sua mãe e conseqüentemente das relações de acolhimento e suporte que são fundadoras do laço afetivo mãe-filho e constituem a semente relacional da subjetividade, daquilo que pode vir a ser um sujeito? Não podemos desconsiderar nem desconhecer *“os pontos nos quais o orgânico incide na construção do aparelho psíquico e, portanto, na constituição do sujeito”* (Coriat, 1997:152).

O bebê prematuro, o bebê com anomalia congênita, os sindrômicos, estes estranhos que provocam aversão, cuja teimosia desafia nosso olhar e nossa escuta — eles existem?

Seria inoportuno homogeneizar essas crianças e tratá-las como uma única categoria. Apesar de “diferentes”, mantêm singularidades que devem ser investigadas nas suas especificidades: orgânica, anatômica, cultural, psíquica, social. Portanto, irei priorizar crianças e bebês que ao nascer, mesmo apresentando nos seus corpos graves acometimentos, podem, nos dias atuais, sofrer intervenções cirúrgicas, que modificam seu prognóstico e sua inserção na vida.

Do olhar, de crianças e de sensibilidades.

O olhar acompanha todo o desenvolvimento desse trabalho. A partir dele podemos descobrir, vivenciar pequenas modificações que podem representar valiosos ganhos, pequenas possibilidades, pequenos gestos que se transformam em grandes possibilidades de existência. Falaremos de bebês e crianças “diferentes” pois por alguma circunstância têm no seu corpo algo que os diferencia dos outros e que se coloca também no seu cotidiano. São bebês e crianças com anomalias congênitas.

Define-se anomalia congênita como a irregularidade, anormalidade ou aberração nascida com o indivíduo, e que portanto tem origem na vida intra-uterina. As anomalias congênitas “*consistem na ruptura da arquitetura anatômica normal de um órgão ou sistema*” (Guerra, 2001:9).

Em relação às sensibilidades, procuro tratar das interações existentes em um espaço de alta complexidade médica e tecnológica, buscando os sentidos e afetos dirigidos a bebês e crianças que nascem “com defeito”. Interações onde se experimenta sentimentos de diversas ordens como ternura, simpatia, compaixão, raiva, culpa, revolta. Lugar onde as modificações do corpo e suas conseqüências despertam a afetividade.

A noção de afetividade tal como a empregamos aqui a propósito do que circula de energia, fluxos e componentes de afetação neste espaço de sensibilidades refere-se tanto a um “*conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhadas sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou tristeza*” (verbetes afetividade, Dicionário Aurélio), isto é, um sentido próximo da vivência cotidiana dos sentimentos nas relações

interpessoais, quanto ao processo de afetação que implica ao mesmo tempo o afeto, o corpo e o outro, como pensado pela psicanálise e por Deleuze: *“As interações dos corpos condicionam uma sensibilidade, uma proto-perceptibilidade, uma proto-afetividade, ...”* (Deleuze & Guattari, 1992:199).

Proto no sentido de que sempre é possível a criação de mais alguma coisa; algo novo e inovador a ser (sendo) indefinidamente criado, circulação de energia, sem cronologia, sem tempo definido, sem o sentido do que virá e de quando será desencadeada tal sensibilidade ou tal sentido.

Essas sensibilidades, propiciadas pelas interações, que podem ser desencadeadas por algum estímulo em qualquer parte do corpo e têm a possibilidade de serem retomadas a qualquer momento da vida do sujeito, podem também ser apontadas segundo a noção de corpo erógeno, definida a partir das vivências mais primitivas de um bebê, por Freud, nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905):

“[...] podemos ainda deduzir várias coisas para a caracterização do que é uma zona erógena. Trata-se de uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade [...] A propriedade erógena pode ligar-se de maneira mais marcante a certas partes do corpo. Existem zonas erógenas predestinadas, como mostra o exemplo do chuchar. Mas esse exemplo ensina também que qualquer outro ponto da pele ou da mucosa pode tomar a seu encargo as funções de uma zona erógena, devendo, portanto, ter certa aptidão para isso. Assim, a qualidade do estímulo, mais do que a natureza das partes do corpo, é que tem a ver com a produção da sensação prazerosa” (1989:171).

Esta qualidade é dada pela intensidade dos investimentos daqueles que cuidam da criança, tanto tocando o seu corpo, quanto falando em torno dela e

para ela, criando sentidos para o que se passa. No caso de nosso estudo isto se dá em espaços (extensão indefinida) e lugares (espaços próprios para determinados fins) que trazem em seu bojo tanto um contexto cultural, conjunto de códigos no qual se inserem os profissionais de saúde, quanto nas possibilidades variadas de se erogeneizar um corpo e de (re)atualizar os afetos, as sensibilidades próprias (de cada corpo em especial) e as relações com o outro.

Esse espaço traduz-se, então, como lugar de afetividade, de sensibilidades, lugar de características internas singulares que absorve, interage com lugares externos. Um espaço de sensibilidades onde a palavra espaço tem sentido amplo, mais que um território delimitado fisicamente e sua arquitetura falamos das manifestações diversificadas, criativas, das diferentes formas com que o olhar incorpora outras sensações e sensibilidades percebidas através da visão, audição, olfato, gosto e tato.

Para Françoise Dolto (1990) é nos pontos de oscilação (agradável, desagradável) da relação com o outro que o sensorial do esquema corporal se transforma em zona erógena. As variações internas “se eticizam” em bom e não-bom, bem e não-bem, ligadas ao clima emocional do meio ambiente. Se existe efetivamente a dimensão visceral do eu em processo de constituição, nem por isso o corpo deixa de ser um lugar relacional.

Um espaço de sensibilidades — emoções, sentimentos, paixões — propiciadas pelas interações. Um espaço onde cotidianamente a exceção pode ser a regra, embora possamos falar de rotina. Um espaço onde o cotidiano é articulado em função de um e de muitos “tempos”, com seus atos, modos e procedimentos específicos.

Podemos observar e trabalhar simultaneamente os vários aspectos e rotinas ali desenvolvidas, a dinâmica desses corpos a partir das atividades empreendidas e que são emolduradas pelo contexto anteriormente citado. Interessa-me tanto o diagnóstico, a história clínica, as informações sobre as condições físicas dos bebês e crianças, quanto os detalhes que passam despercebidos do ambiente em questão, a dinâmica da equipe, as manifestações dos pais, as histórias dos profissionais. E qual a melhor maneira que encontro que me permite um cuidado, um entendimento das representações, das percepções sobre os vários corpos em questão? Qual é o melhor caminho para compreender o corpo que é cuidado e o dos cuidadores, em suas particularidades e em seu conjunto (como equipe, como instituição, como espaço físico, como corpo simbólico-cultural e imaginário)?

Trabalhar com uma ampla escuta é fundamental, escuta que inclui outras percepções. Um dos caminhos, que pode favorecer a delimitação da infinitude dessas percepções, é o trabalho a partir de três olhares (que incluem outros sentidos) sobre a possibilidade de subjetivação criando-se um olhar híbrido a partir do olhar da cirurgia pediátrica, da clínica psicanalítica e da etnografia.

A mesma interrogação existente no olhar da etnografia e da psicanálise, se faz para o olhar da cirurgia: como e porque esses bebês e crianças podem existir psiquicamente, organicamente e para a cultura?

Interessa-me trabalhar com sujeitos e suas leituras de uma determinada realidade a partir de suas vicissitudes e relações com outros sujeitos. A partir desse pressuposto é possível participar do cotidiano de uma unidade de cirurgia pediátrica em todas as dimensões possíveis, acompanhando a rotina dos profissionais em sua complexidade na tentativa de um possível

entendimento do que se passa com os bebês e crianças aí assistidos, bem como com os que deles cuidam.

Dentro dessa perspectiva uma pergunta se impõe: o discurso, a linguagem, as práticas da medicina são suficientes para dar conta do (s) corpo (s) ao (s) qual (is) estamos nos referindo? O corpo/sujeito que, para além da reconstituição física e orgânica necessita de um tipo de aporte que inicialmente chamaremos de investimento, que pode estar incluído em cada ato, gesto, procedimento médico, embora não se saiba que exista. São esses sinais — pequenas manifestações que participam da constituição de um sujeito — que procuro ver, perceber e escutar no cotidiano do meu trabalho. A clínica nos permite escutar os diálogos entre a possibilidade de um corpo/materialidade a ser cirurgicamente transformado e o corpo representado isto é, imaginariamente construído. Para que o trabalho clínico-psicanalítico produza efeitos, e não confusão, certas escolhas são necessárias, na medida em que demanda uma abordagem diferente de uma abordagem explicativa própria da ciência experimental, que procura verdades e generalizações. Assim, a importância maior na clínica psicanalítica em um hospital de alta complexidade reside em querer saber mais sobre o processo do que sobre as causas, acerca de como os acontecimentos são significados, representados, interpretados e transmitidos. Dessa forma a clínica vai construir um texto, fabricá-lo, criar uma história a partir do que pensam os pacientes e seus cuidadores, agem e transmitem o desconhecido, o enigma e os estigmas, daquilo que não nos é familiar. Para se compreender e praticar a clínica psicanalítica nesse contexto, necessário se faz entendê-la como forma de produção de sentidos e não como um conjunto de regras fixas a serem seguidas. Tanto a cirurgia quanto a

psicanálise vão dirigir seus esforços em busca das singularidades, mesmo que a palavra diagnóstico diga de uma generalização. A clínica é movimento e criação.

Dessa forma procura levar em conta o contexto geográfico, uma interpretação do espaço, da arquitetura e suas dinâmicas de ocupação por todos os atores sociais que ali circulam, vivem uma vida (no caso de alguns pacientes), ou parte delas — pacientes e cuidadores; uma cartografia das sensibilidades. Os costumes, os atos, usos e maneiras, a ordem e a desordem, a rotina, os ruídos, os odores, os detalhes óbvios e os pouco perceptíveis do ambiente em questão: um lugar de “reconstrução”.

Considerando os fatores médicos e/ou clínicos, penso também nas interações que se estabelecem nesse lugar. Como, por que e quais os princípios que orientam tais interações em torno desses corpos? Como está sendo visto, ouvido, olhado e contado esse indivíduo diferente?

Um *corpo mutante* que deve ser adequado a padrões de funcionamento biofisiológico, o que é incontestável, mas também àqueles da ordem do imaginário de cada ator deste cenário, local de “reconstruções”, lugar do discurso científico, da linguagem médica, mas também de outros sujeitos envolvidos com os cuidados a esses bebês.

Por fim, cabe dizer que me interessa uma abordagem que não necessariamente responda às indagações, mas que represente uma possibilidade de busca, devendo ser, ela mesma, objeto de reflexão. Uma clínica plural.

O ambiente, eminentemente tecnológico, guarda sua dimensão social, podendo também ser um lugar de viver. O espaço da cirurgia deve ser pensado enquanto lugar de transformação, de modificação de um corpo, de uma história em particular e de várias histórias, se levarmos em conta todos os sujeitos que ali se encontram, que modificam e são modificados. No espaço da cirurgia há um fluxo contínuo de tratamentos, regras, conselhos, argumentos; de perguntas sem resposta, choro, afirmativas categóricas, dúvidas e alternâncias. Pode prevalecer o *stress*, a correria, o mau humor; pode estar presente uma infinita alegria. Há uma dimensão do real, há o excesso, há o avassalador.

É um espaço onde as diferenças não são necessariamente abordadas como um desvio a ser normalizado; onde se pode discutir os princípios que norteiam uma prática, reconhecer seus efeitos, questionar-se sobre as possibilidades de transformação. Um lugar aparentemente de predomínio da técnica. Um lugar de enredos estranhos, de inadequações no corpo, na aparência, no imaginário.

A Vida por um Fio

A técnica, a destreza e a objetividade não se contrapõem, não excluem, as preocupações de ordem subjetiva — “*vamos caprichar nesse umbiguinho que é menina*”, diz um cirurgião. Um espaço de subversão. Contrariando a “natureza”, uma anomalia pode ser transformada em outra, desde que a vida possa ser vivida. A normalidade é algo bastante relativo. “*Importa mais o viver que a verdade*” (Ferreira Gullar, 2001), pois essa pode ser inventada.

O olhar objetivo da prática cirúrgica dilui-se em múltiplas subjetividades. A relativização do tempo é permanente. Embora uma cronologia seja necessária para a medicação, o uso de substâncias anestésicas, o ato cirúrgico e a

distribuição dos afazeres cotidianos, percebemos também um movimento contrário ao usual. O tempo é adequado, adaptado aos pacientes e suas histórias. Da mesma forma que se respeita os limites de possibilidade de cada criança em amoldar-se, ajustar-se ao seu novo corpo, faz-se uma aliança, estabelece-se uma cumplicidade com o tempo para aguardar os resultados — que só *a posteriori* serão conhecidos. Na maioria das vezes a cirurgia, nos casos de uma criança com anomalia congênita, não tem, em se tratando de reconstruções, um resultado ou “efeito imediato”. Há que se esperar tanto os resultados do ato cirúrgico, a evolução clínica dos pacientes, quanto as possibilidades de novas etapas para se pensar em alta; prepara-se para *depois*.

O tempo está sempre sendo reatualizado nos corpos, nas marcas iniciais, sejam elas cirúrgicas ou psíquicas. Um espaço ao mesmo tempo criativo, científico, inovador. Cria-se através de atos, palavras, afetos..., outras possibilidades..., lugar “*potência de metamorfoses*” (Reis, 2000:8).

É inegável a ampliação do espaço para um espaço de significações, um espaço do olhar, da escuta, dos odores e sensibilidades do corpo por parte dos profissionais. Nesse sentido, se faz necessário uma reflexão que articule a visão anatomofisiológica com a dimensão simbólica que o corpo pode assumir. A promoção dessa articulação pode iniciar-se pela compreensão do corpo enquanto real, material, erógeno e culturalmente reconstruído; em que o tecido interno do corpo de cada um reflete ou se reflete numa trama mais ampla, constituída pelo tempo, pelo espaço e pela subjetividade dos profissionais — o outro, ou mais um corpo em questão.

No momento em que “operam” o bebê e sobre o bebê, com seu corpo de técnicas e conhecimentos, os profissionais o antecipam. Seus atos e intenções são dirigidos a um corpo imaginário, não somente a um objeto, a um “organismo” de forma reducionista, mas ao corpo de um bebê, um sujeito antecipado, mesmo que os sentimentos sejam contraditórios.

Considerando-se, então, bebês que nascem marcados por uma inadequação, sua prolongada permanência num hospital, seu estatuto de corpo orgânico, as intervenções que podem ocupar dias, meses e anos de suas vidas (e da vida de quem deles cuida); discursos, linguagem médicas — de onde emerge a possibilidade de que ali se constitua um sujeito? De quem é o desejo que sustenta o fato de um bebê em perigo abrir-se para o jogo da vida? O que acontece para que se torne alguém para quem é possível fazer planos? O que fazem os profissionais para que essas crianças que necessitam de tantas reconstruções ocupem um lugar de atos, palavras, um lugar onde um sujeito pode ser, ou vir a ser, reconhecido? De acordo com o que podemos perceber, os profissionais fazem um “mais fazer”, sem ter conhecimento, sem supor que o fazem. Podemos presumir que, se os profissionais soubessem e pensassem acerca dessas possibilidades, e também desse lugar que ocupam, de toda a potência que ele evoca, de forma racional, científica, “*a priori*”, eles provavelmente não teriam condições de tratar e cuidar, de proceder cirurgicamente, de criar o corpo, e no corpo, as marcas fundantes do sujeito simbólico. Os profissionais vêem um bebê possível naquele problema médico que, à sua frente, se apresenta, em cada criança que recebem.

Estes cuidados, incidindo sobre a situação de desamparo na qual está imerso o bebê, e, portanto, intervindo nas suas primeiras inscrições afetivas, corporais e

significantes, articulam-se como o suporte de que necessitam. Por isso, também, eles investem, de maneira que poderíamos chamar peculiar. Acreditar que um ato cirúrgico e todo o longo e doloroso percurso da internação, acrescido de possíveis novas intervenções cirúrgicas, seja um ato de amor, por vezes é muito difícil. Senão inverso ao que se preconiza como sendo as condições necessárias para um investimento amoroso materno, necessário à constituição do sujeito. Esse bebê que ressurgir torna-se refém de uma outra história - a do conhecimento médico, da cirurgia, do inesperado, do hospital - e da possibilidade, agora, de viver, apesar de um início “pelo avesso”.

O fato do inesperado e o possível frente ao inusitado nos remete a uma questão, que, em princípio, chamarei de *maternidade interrompida*, mesmo que por alguns instantes, ou momentos que poderão, dependendo das circunstâncias, parecer eternos. O bebê “inesperado” coloca a mãe frente à interrupção de um projeto imaginário que deveria começar, se não houvesse o imponderável. Algo que se iniciava para além do real biológico e das fantasias que dele provinham (desde sempre) e alimentavam as possibilidades de investimento; que tornaria o objeto de desejo (no caso o bebê) o sujeito desejante, garantindo as marcas fundantes. Frente à inexistência de um projeto, mesmo que provisoriamente, o que se apresenta com essa interrupção no corpo representacional da mãe, no corpo representacional do casal parental, na criança com todos os seus corpos em construção?

É uma interrupção que poderia transformar o bebê em objeto da ciência, exclusivamente — entrada no corpo da ciência. Permanecendo muito tempo nesse lugar de objeto, tornar-se-ia difícil a sua subjetivação. Para que isso não ocorra dessa forma, ele deverá capturar “olhares” de outros, como bebê que

poderá ser (mesmo que novo ou renovado) para prosseguir. Efetivamente, isso se dá. Certamente ele captura esse olhar e os cuidados da equipe, que contribuirão para que ele resgate o olhar materno. A imaginação e a antecipação tem um papel reconstrutor e fundante. Como ser mãe?, como exercer essa função com esse filho, neste lugar, dentro de outra língua que não a materna, que não a de sua filiação? Sabemos que esta situação pode durar anos, uma situação de ambigüidades de sentimentos indeterminados e confusos.

Um diagnóstico pode “impregnar” um bebê, imobilizar uma mãe, impossibilitar uma relação ou produzir um efeito contrário. Qual a medida exata? Informar ou não? Em que momento? São apenas algumas questões correlatas ao nosso trabalho e que tocaremos brevemente no sentido de instigar futuros interlocutores.

A necessidade de um diagnóstico vai depender de cada um, de cada família, de cada equipe ou sujeito em particular. Por vezes, necessário como solução (conclusão); por vezes, necessário como dissolução (rompimento) de um problema e, outras tantas, absolutamente dispensável para uma resolução ou encaminhamento de determinada condição clínica. A questão ganha dimensão se considerarmos tanto o espaço institucional, no caso uma UTI neonatal, quanto os inúmeros tipos de patologias (sempre graves) que aí podem ocorrer, aliados ao que chamamos de tempo indeterminado de vida, que permite ainda mais investigações, mais hipóteses diagnósticas; diagnósticos, tratamentos, intercorrências, recorrências, etc.

Encontramos mães que ficam paralisadas no decorrer deste processo e que não reencontram sua maternidade interrompida, não conseguem uma ilusão

antecipatória, “*aptidão para apreender uma significação aí onde, possivelmente, haja apenas uma massa sonora*” (Laznick-Penot, 1998:11).

A partir das intervenções realizadas no e para além do corpo do bebê, ele permanece provisório, seja na sua materialidade corpórea, isto é, ainda serão necessárias intervenções e adequações cirúrgicas, internações prolongadas, procedimentos complexos, seja no imaginário da mãe, para quem é muito difícil, quase impossível conseguir superar a fragmentação inicial do corpo do seu filho e transcender, ultrapassar esta situação inicial.

A denominação *bebê provisório*, sugere que embora o investimento, racional e afetivo, possa ter chegado ao seu máximo, não se pode, ainda, imaginariamente ter o futuro bebê constituído simbolicamente para que o investimento desejante continue. A vida, o sujeito, ainda são provisórios, precários frente a uma demanda materna. Há alternâncias no investimento que, por vezes, se torna tão precário que a mãe “desaparece”.

Se ele (o bebê) não estiver capturado, aprisionado numa cadeia de significantes (que o antecede), nada há por se constituir. Tanto o olhar da mãe quanto o olhar da equipe podem participar intensamente desse processo. Este olhar pode ser visto como *holding*, participando da constituição/construção do bebê, dando intencionalidade aos gestos, conferindo vontade e emprestando desejo, mesmo que de uma maneira “*gauche*”, mas capaz de propiciar uma vontade de viver. O *holding* como expectativa, como asseguramento de uma existência — no sentido de proteger, favorecer, auxiliar um corpo em sofrimento, em que falta algo para viver.

Não podemos saber quais as forças que impulsionam cada sujeito no seu investimento, na possibilidade de emprestar o seu desejo para tornar possível

que um sujeito venha a se constituir, apesar de toda a incerteza — que, afinal, é de todos nós.

A incerteza encontra, nesses momentos, a crueza de um real, pois o "sinal", "o signo" esta impresso, "carimbado" no corpo de uma criança e precisa, para ser simbolizado (e refazer uma história), de um novo corpo, de uma intervenção também real para que se produza um novo discurso, para que se faça (ou se refaça) uma nova antecipação ilusória que não mais caberá à equipe, cuidadora e reconstrutora, mas à mãe, se assim for possível, para que possa emergir um sujeito. Ela é capturada por esse "corpo clínico" que permite que seu filho renasça e ela possa ser mãe. O investimento do corpo cuidador é grande, mas não invasivo, um paradoxo, pois estamos falando de cirurgia, estamos falando e olhando vísceras e entranhas.

A força mediadora inicial, da vida e para a vida dessas crianças, impede ou tenta impedir que a anatomia se imponha enquanto destino.

Entre os profissionais, *dá-se um jogo intersubjetivo* relativo a fenômenos individuais e subjetivos que são socialmente produzidos através do auto-reconhecimento de cada sujeito em cada um dos outros. Como na criação de identidades culturais, ocorre uma identidade da cirurgia especialmente marcada por alguns profissionais que lhe imprimem movimentos bastante singulares. São muitas as pessoas, os sujeitos, envolvidos com cada corpo desajustado, que não funciona. São muitas as histórias que cada corpo suscita, envolve, solicita. Trata-se de uma rede onde nenhum aspecto parece escapar; ou, em se tratando da objetividade da medicina, não deveria escapar, particularmente da cirurgia de reconstrução de possibilidade de vida. No entanto, se não houver esse escape, tal possibilidade se esvai. Se não houver

uma negação, o corpo não poderá ser reconstruído. O que significa, para os profissionais, estar tão próximo e, ao mesmo tempo, ter que manter uma “distância”, para exercitar sua atividade? Como entrar na intimidade desse corpo maior que se constitui para reconstituir outros corpos?

Um distanciamento, por vezes, torna-se evidente diante de determinadas posturas, como, por exemplo, quando os profissionais exigem condutas exemplares das mães; e, também, por vezes, parece que esperam uma conduta homogênea. Resta-nos a impressão de que a elas não cabe o cansaço, a pena, a culpa, o medo. As situações de *stress* muitas vezes não incluem a mãe numa perspectiva de acolhimento à sua falência psíquica. Nesses momentos ainda não há lugar para desdobrarem-se questões de outra ordem que não as de ordem biológica, não há lugar para muitas indagações. Uma UTI e um Centro Cirúrgico devem ser lugares de certezas; ao menos de início, onde o corpo físico, o biológico, tem primazia de viver, de existir para que outros momentos possam advir na existência desses bebês e crianças. Na medida em que os bebês e as crianças vão “crescendo”, superando etapas, tornando-se menos ameaçados e menos ameaçadores (a possibilidade de algo falhar, não dar certo, vai tornando-se mais longínqua), a relação com os pacientes torna-se mais abrangente; passa-se a levar em conta alguns aspectos que antes não se podia ver, onde os profissionais não podiam se deixar enredar, sob pena de sucumbir à dor, de se emaranhar em afetos que poderiam comprometer um bom desempenho técnico.

Em outros momentos, o olhar do cirurgião, ou o olhar da equipe, mostra-se um novo olhar que, exprime e reconhece forças e estados internos. Eles apostam seu desejo, fazem da antecipação um convite a alguém para quem é

possível fazer planos. Tornam possível que um corpo em perigo venha a ocupar um lugar de palavras, um lugar onde o sujeito pode ser reconhecido. São desejos de diferentes ordens — o desejo de cura do médico, o desejo do desejo do outro (da mãe). O desejo que está para além da demanda, para além da linguagem.

É no uso dos instrumentos, da técnica e da criatividade que os cirurgiões tecem os fios e contornos de um novo corpo, a possibilidade e uma nova história. Acolhendo com a técnica e a tecnologia, acolhendo com o olhar e com as palavras.

Pode-se modificar uma história com um instrumental teórico e técnico. Pode-se modificar uma história com a tecnologia, com o enorme arsenal de máquinas, medicamentos, técnicas; mas nas mãos do médico, da equipe, o desejo torna-se o mais poderoso dos instrumentos terapêuticos.

Apesar de todo esse instrumental, nada supera o olhar, o tocar e o criar humanos.

Bibliografia

- Coriat, E., 1997. *Psicanálise e clínica de bebês*. Artes e Ofícios: Porto Alegre.
- Deleuze, G. & Guattari, F. *O que é a Filosofia?* Rio: Editora 34, 1992.
- Dolto, F., 1980. *Psicanálise e Pediatria: As Grandes Noções da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 4ª edição.
- Guerra, F. A. G., 2001. *Perfil das malformações congênitas no Instituto Fernandes Figueira*. Dissertação de mestrado em Saúde da Criança e da Mulher, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- Gullar, F. 2001. "O Poeta e a transgressão". Conferência na 1ª Jornada do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos — Transgressões. Rio de Janeiro. 19-05-2001.
- Freud, S. (1905), 1989. "Três Ensaaios sobre a Teoria da Sexualidade". In *Obras Completas de Sigmund Freud*, volume VII. Rio de Janeiro: Imago.
- Laznick-Penot, M. C., 1998. "Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança", In *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade*, WANDERLEY, D. B. (Org.). Porto Alegre: Ágalma.
- Reis, E. S., 2000. *De corpos, atos, afetos e palavras*. Tese de doutoramento em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.