

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Heloísa Alves Chagas

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS GRAVES NO BEBÊ E EFEITOS NA
CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO**

Belo Horizonte
2012

Heloísa Alves Chagas

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS GRAVES NO BEBÊ E EFEITOS NA
CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de Subjetivação

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais

Orientadora: Prof.^a Dra. Cristina Moreira Marcos

Belo Horizonte
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

C433d Chagas, Heloisa Alves
Diagnóstico precoce de doenças graves no bebê e efeitos na constituição do
sujeito / Heloisa Alves Chagas. Belo Horizonte, 2013.
142f.: il.

Orientadora: Cristina Moreira Marcos
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Diagnóstico precoce. 2. Crianças - Doenças - Diagnósticos. 3. Triagem
neonatal. 4. Crianças – Desenvolvimento. 5. Sujeito (Filosofia). I. Marcos,
Cristina Moreira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 616-053.2

Heloísa Alves Chagas

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS GRAVES NO BEBÊ E EFEITOS NA
CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de Subjetivação
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais

Prof.^a Dra. Cristina Moreira Marcos – PUC Minas

Prof.^a Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro – UFMG

Prof.^a Dra. Tânia Aparecida Ferreira – ESP-MG

Belo Horizonte, 27 de abril de 2012.

Aos pequenos que tanto me ensinaram sobre o desejo e o tempo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu insistente incentivador, Michael, por todo amor e cuidado, assim como pelas risadas inesperadas. Por suportar a distância e ainda assim estar sempre presente.

À minha família pelo apoio e compreensão. Por me ensinarem a ser forte nas adversidades.

Aos pacientes acompanhados pelo Programa Estadual de Triagem Neonatal de Minas Gerais, por me permitirem participar de parte de suas vidas, por despertarem em mim o desejo de saber e de escrever.

À equipe do Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico, especialmente à Isabel Pimenta Spínola Castro, pelo aprendizado adquirido como estagiária de psicologia no Programa Estadual de Triagem Neonatal de Minas Gerais. Essa rica e inesquecível experiência foi decisiva em meu percurso profissional.

À Cristina Marcos, pela orientação, pela preocupação com a voz do sujeito neste trabalho, pelos questionamentos que me permitiram amadurecer profissionalmente e avançar na qualidade deste projeto.

À Ângela Vorcaro, pela leitura carinhosa desde o pré-projeto, que motivou a existência desse trabalho. Suas aulas me acompanham desde a idéia da pesquisa na graduação, por toda a escrita e as levarei sempre comigo.

À Tânia Ferreira, pelas contribuições necessárias para mudar o rumo da escrita e torná-la um diálogo possível com outras disciplinas.

À Janne de Oliveira Campos, pela disponibilidade e generosidade em compartilhar sua experiência clínica, que tanto têm me ensinado sobre o bebê e sobre a clínica.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação em psicologia da PUC-Minas, Marília, Paola e Marcel, por toda a ajuda acadêmica e amizade.

Aos meus amigos que, cada um ao seu modo me acompanhou nessa caminhada e compreendeu a distância decorrente do momento da escrita.

À Fundação de Amparo de à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, que financiou a realização desta dissertação.

“Se pudes olhar, vê. Se podes ver, repara.”, citado de um fictício “Livro dos conselhos” (SARAMAGO, 1995).

RESUMO

O presente trabalho realiza uma investigação teórica sobre os efeitos da prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê em sua constituição subjetiva, tomando como ponto de partida a experiência da autora no contexto da triagem neonatal. O desenvolvimento cada vez maior da tecnologia voltada para a detecção precoce de doenças no neonato, muitas vezes antes mesmo do seu nascimento, demonstra que sua sobrevivência e desenvolvimento satisfatório é um objetivo de grande relevância atual. A conquista do direito ao “teste do pezinho” para todas as crianças nascidas em território nacional merece ser destacada. O diagnóstico precoce é o que permite às crianças triadas o tratamento necessário a tempo de se evitar sequelas físicas, danos ao seu desenvolvimento, ou mesmo a morte. Perguntamo-nos quais os efeitos dessa prática sobre a subjetivação do bebê. O primeiro capítulo discute, a partir de diferentes recortes históricos e teóricos, os elementos que participam da produção de uma representação da criança como alvo de cuidado e proteção, além de apresentar os principais elementos relativos ao contexto da triagem neonatal. O segundo capítulo promove uma discussão em torno do conceito de diagnóstico a partir dos campos médico e psicanalítico, buscando localizar, no método clínico, pontos de diálogos entre eles, sustentando, ao mesmo tempo, seus pontos de tensão. Esse capítulo apresenta ainda um diálogo com o modo de leitura psicanalítico voltado para o cuidado com os primeiros momentos de vida do bebê, o da intervenção a tempo, em que a antecipação de um sujeito, mesmo antes de sua existência, torna-se essencial para sua estruturação subjetiva. O terceiro capítulo destaca os principais pontos relativos ao processo de estruturação subjetiva, a partir do referencial psicanalítico. Em Freud encontramos o sujeito como efeito do circuito pulsional e, em Lacan, suas dimensões simbólica, real e imaginária. O modelo da trançagem do nó borromeano nos auxilia a pensar os efeitos dessa prática na constituição do sujeito. Conclui-se que a prática do diagnóstico precoce é uma invenção tecnológica que participa da estruturação subjetiva do neonato. Além disso, o desfecho decorrente da subjetivação do bebê, submetido à invenção tecnológica do diagnóstico precoce, é uma invenção singular.

Palavras-chave: Diagnóstico Precoce. Constituição do Sujeito. Triagem Neonatal. Clínica com Bebês. Psicanálise e Medicina.

RÉSUMÉ

Ce travail réalise une investigation théorique sur les effets de la pratique du diagnostic précoce de maladies graves sur la constitution subjective du bébé, prenant comme point de départ l'expérience de l'auteur dans le contexte du dépistage néonatal. Le développement chaque jour plus grand de la technologie orientée vers la détection précoce de maladies des nouveau-nés, souvent même avant leur naissance, indique que leur survie et développement satisfaisant est un objectif actuellement très important. La conquête du droit au test de Guthrie pour tous les enfants nés dans le territoire brésilien mérite d'être souligné. C'est le diagnostic précoce qui permet aux enfants dépistés le traitement nécessaire à l'heure, ce qui évite des séquelles physiques, des dommages à leur développement ou même la mort. Nous nous demandons quels sont les effets sur le processus de subjectivation du bébé. Le premier chapitre traite, à partir de différents tranches historiques et théoriques, les éléments qui participent à la production d'une représentation de l'enfant en tant que cible de soin et de protection ; il présente aussi les principaux éléments relatifs au contexte du dépistage néonatal. Le deuxième chapitre favorise une discussion autour du concept de diagnostic à partir des domaines de la médecine et de la psychanalyse, en cherchant de localiser, dans la méthode clinique, les points de dialogue entre eux, tout en maintenant leurs points de tension. Ce chapitre présente aussi un dialogue avec le mode de lecture psychanalytique orientée vers le soin des premiers moments de vie du bébé, lequel de l'intervention à l'heure, quand l'anticipation d'un sujet, même avant son existence, devient essentiel pour sa structuration subjective. Le troisième chapitre met en relief les principaux points concernant le processus de structuration subjective, à partir de la psychanalyse. Chez Freud nous trouvons le sujet en tant qu'effet du circuit pulsionnel et chez Lacan, ses dimensions symbolique, réel et imaginaire. Le modèle du tressage du nœud borroméen nous aide à penser les effets de cette pratique sur la constitution du sujet. On conclut que la pratique du diagnostic précoce est une invention technologique qui participe à la structuration subjective du nouveau-né. Par ailleurs, le résultat découlant de la subjectivation du bébé, soumis à l'invention technologique du diagnostic précoce, est une invention unique.

Mots-clés: Diagnostic Précoce. Constitution du Sujet. Dépistage Néonatal. Clinique dès Bébés. Psychanalyse et Médecine.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Incidência aproximada das doenças triadas pelo PETN-MG	27
---	----

LISTA DE SIGLAS

APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais

CEAPS – Centro de Educação e Apoio Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HTLV – Vírus T-Linfotrópicos Humanos

NUPAD – Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico

PETN-MG – Programa Estadual de Triagem Neonatal de Minas Gerais

PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 CUIDADO COM O BEBÊ! QUESTÃO HISTÓRICA E ATUAL	29
2.1 História da infância: etimologia, essência e escrita	32
2.2 A infância evolui?	36
2.3 A infância alvo de cuidados	41
2.3.1 A roda dos expostos	41
2.3.2 Higienismo e eugenia	45
2.3.3 Sujeito de direitos	50
2.3.4 Os intérpretes do bebê	54
2.4 Os cuidados com a criança hoje: a triagem neonatal, entre outros	56
3 DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS GRAVES NO BEBÊ: DIÁLOGOS ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE	68
3.1 O diagnóstico em medicina: a vertente do corpo, do órgão, do gene	69
3.2 O diagnóstico em psicanálise: a vertente do sujeito	77
3.3 O resgate do método clínico	83
3.4 Sua majestade, o bebê	89
3.5 Diagnóstico precoce e intervenção a tempo	95
4 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NO CONTEXTO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS GRAVES NO BEBÊ	101
4.1 Da criança freudiana ao sujeito	103
4.2 Dimensões do sujeito	115
4.3 Percorrendo o nó: invenção do sujeito	121
5 CONCLUSÃO	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

1 INTRODUÇÃO

Atualmente encontramos um constante avanço no desenvolvimento de tecnologia voltada para o diagnóstico cada vez mais precoce de doenças graves na infância, a fim de se intervir antecipadamente em possíveis problemas no percurso de desenvolvimento de uma criança. Relaciona-se primeiramente ao fato de que os defeitos congênitos vêm apresentando relevância crescente como causa de sofrimento e prejuízos à saúde da população. Não menos de 5,0% dos nascidos vivos na América Latina apresentam alguma anomalia do desenvolvimento, determinada, total ou parcialmente, por fatores genéticos. Acrescentam-se ainda os distúrbios que se manifestam mais tarde, como certas enfermidades crônicas degenerativas (HOROVITZ; LLERENA JR.; MATTOS, 2005).

Um dos exemplos de intervenção é a realização da triagem neonatal, mais conhecida como “teste do pezinho¹”. O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 822 de 06 de junho de 2001; porém, desde 1992 o teste se tornou obrigatório em todo o país, através de lei federal. Dessa forma, toda criança nascida em território nacional tem o direito à realização da triagem neonatal, implantada como uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal, a tempo de se interferir no curso da doença, permitindo, dessa forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das sequelas associadas a cada doença. O PNTN atualmente prevê o diagnóstico de quatro doenças²: Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. Os laboratórios privados realizam testes para outras doenças, cabendo ao pediatra selecionar as que são de interesse. Nesse contexto, é fundamental que as famílias saibam que a maior parte das doenças triadas no “teste do pezinho” é assintomática no período neonatal e que, portanto, não devem demorar em

¹ A triagem neonatal, ou “teste do pezinho”, é feita a partir da análise de gotas de sangue colhidas por punção no calcanhar do recém-nascido.

² Em 2012, a assinatura de termo de cooperação técnica entre a UFMG e o Ministério da Saúde prevê a inclusão de duas doenças na triagem: a hiperplasia adrenal congênita e a deficiência de biotinidase. A reformulação do Programa permitirá que todos os estados brasileiros possam fazer o diagnóstico das quatro doenças atualmente previstas. Para aqueles que já estão nesse estágio, como Minas Gerais, Paraná, Goiás, Santa Catarina e outros, será incluído o exame para a detecção da hiperplasia adrenal congênita e da deficiência de biotinidase. A deficiência de biotinidase é doença genética que consiste na deficiência da enzima chamada biotinidase, que é muito importante para o aproveitamento da biotina, importante vitamina do nosso organismo. Provoca, nos quadros mais graves, convulsões, deficiência intelectual e lesões de pele. O diagnóstico é difícil de ser feito no recém-nascido, caso o médico se baseie somente em sinais clínicos. A hiperplasia adrenal congênita é doença hereditária causada por defeitos no metabolismo do hormônio cortisol. Em meninas, essas alterações podem levar ao aparecimento de caracteres sexuais masculinos – como pêlos e aumento do clitóris – e, em ambos os sexos, pode levar a perda acentuada de sal. Tal perda provoca desidratação grave e óbito, caso não tratada nas primeiras semanas de vida (UFMG, 2012).

procurar a confirmação diagnóstica dos casos suspeitos. O risco é gerar sequelas graves e irreversíveis no desenvolvimento da criança, que só serão perceptíveis tardiamente. Dependendo da doença detectada, pode-se obter adequada orientação sobre o tratamento nos Serviços de Referência em Triagem Neonatal, que contam com uma equipe multidisciplinar especializada, ou buscar apoio com especialistas (BRASIL, 2001).

O Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico³ (NUPAD), criado em 1993, é órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Serviço de Referência em Triagem Neonatal de Minas Gerais, credenciado pelo Ministério da Saúde e órgão do qual participei como estagiária de psicologia por dois anos. O Programa Estadual de Triagem Neonatal de Minas Gerais (PETN-MG) garante a todas as crianças nascidas em Minas Gerais gratuidade na realização do “teste do pezinho”, propiciando atualmente diagnóstico precoce para anemia falciforme, fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e fibrose cística, além dos projetos de pesquisa para toxoplasmose, biotinidase, vírus T-linfotrópicos humanos (HTLV) e hiperplasia adrenal congênita. A Faculdade de Medicina da UFMG, através do NUPAD, estendeu os benefícios do PETN-MG, garantindo tratamento e acompanhamento médico gratuitos, com serviços especializados a todas as crianças em que alguma das doenças descritas acima foi detectada. O tratamento ocorre em consultas periódicas em Belo Horizonte e, em alguns casos, o acompanhamento é realizado nos próprios municípios em que residem esses pacientes, em um trabalho conjunto com os vários serviços de saúde disponíveis (UFMG, 2010).

Acerca desse ponto, a existência dessas intervenções deve ser considerada um grande avanço nesse contexto, pois antes da atuação do PNTN, por exemplo, só restava às crianças com as alterações congênitas ou infecciosas citadas a sentença da espera pelos sintomas ao longo de seu desenvolvimento e a marca das sequelas irreversíveis, tais como o retardo mental, atrasos no desenvolvimento, distúrbios motores, entre outras, ou mesmo a morte, pela demora no diagnóstico. Assim, é também clara a importância da iniciativa em permitir a construção de um novo destino, o do diagnóstico e tratamento precoces, aos pacientes afetados por problemas orgânicos. Assume-se uma nova postura diante do diagnóstico, em oposição à anterior de espera pelos sintomas e sequelas, como demarcado pelo slogan da campanha nacional da triagem neonatal: “Um passo fundamental para a vida.” (BRASIL,

³ O NUPAD é centro de referência em triagem neonatal no Brasil, com experiência de 4,5 milhões de crianças triadas em 17 anos de existência. Além disso, realiza com eficiência o acompanhamento do tratamento em aproximadamente 4,5 mil crianças em todo o estado. O índice de perda de crianças, após o teste positivo, é zero (UFMG, 2012).

2001). Daí o caráter inovador presente no interesse no desenvolvimento das tecnologias necessárias ao diagnóstico e intervenção precoces de doenças graves na infância.

Um dos projetos que dão suporte ao PETN-MG é o Centro de Educação e Apoio Social (CEAPS) criado pelo NUPAD, com o objetivo de organizar e dar prosseguimento às ações sociais, assistenciais e de apoio do programa, além de proporcionar o acolhimento dos pacientes e familiares acompanhados pelo PETN-MG. As ações do CEAPS são planejadas para otimizar e qualificar o tempo que as famílias passam em Belo Horizonte para consultas e exames. Além da infraestrutura, são oferecidas atividades educacionais, sociais e na área de saúde com o objetivo de promover nos pacientes e familiares uma atitude mais positiva frente ao diagnóstico e uma maior adesão ao tratamento (UFMG, 2010). Neste contexto, os profissionais de cada área trabalham com propostas de intervenção que busquem tais objetivos. Especificamente no campo da psicologia, o trabalho do qual participei voltava-se principalmente ao acompanhamento dos pacientes e seus familiares através de atendimentos clínicos de escuta, assim como na participação de grupos de discussão com temas selecionados pela equipe ou indicados pelos atendidos pelo PETN-MG. De acordo com uma perspectiva multidisciplinar, as propostas de intervenção em sua maioria envolviam a participação de profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, criando oportunidades de trocas de conhecimento.

Ao acompanharmos a rotina dos pacientes e suas famílias no CEAPS, seja realizando uma escuta individual, ou em grupo, muito presente era o tema da dificuldade de compreensão e aceitação do diagnóstico pelos pais e familiares dos pacientes. Desde o primeiro comparecimento da mãe e seu bebê à consulta com os especialistas, ficava evidente que a notícia do diagnóstico afetava, de diferentes maneiras, suas vidas, desde o medo do risco à sobrevivência do bebê, fantasias sobre o futuro de seu filho, mudanças na rotina e nos hábitos de vida, como alimentação, medicações, consultas, até o convívio com uma doença grave, que possui tratamento, mas não cura. Uma das maiores preocupações do programa é o peso desses elementos na adesão ao tratamento, que pode ficar prejudicado pela dificuldade de compreensão de sua importância pela família, ou mesmo pela relutância em aceitar o diagnóstico do bebê. A escuta dos familiares permitia entender como o diagnóstico constituía-se como obstáculo para o tratamento apropriado do bebê, e como poderia ser superado a partir de uma nova postura da família diante desse contexto.

Diante de toda precaução proposta pela presença da triagem neonatal, dos cuidados relativos à adesão ao tratamento, da superação das dificuldades relativas à aceitação do diagnóstico pela família, um ponto nos chama a atenção: o lugar da subjetividade do bebê no

contexto do diagnóstico precoce. Entendemos que o desenvolvimento humano é concebido como o produto de uma incidência dos processos maturativos de ordem neurológica e genética, assim como da incidência dos processos de constituição do sujeito psíquico. A subjetividade do bebê, entendida nesse trabalho a partir da perspectiva psicanalítica de um sujeito psíquico, constrói-se, desde o início da vida, a partir de um campo pré-existente que inclui a cultura, a história familiar, o desejo dos pais, além dos encontros, intercorrências e acasos que incidem na trajetória singular da criança. O lugar da criança – o que define sua singularidade – é construído por ela a partir da oferta de chaves de significação presentes nesse campo e desse processo surgirá o sujeito psíquico, que organiza o desenvolvimento da criança em todas as suas dimensões: física, psicomotora, cognitiva e psíquica (KUPFER et al., 2009). Desse modo, como afirma Jerusalinsky (2010), o desenvolvimento do bebê não opera por simples automatismo biológico, é marcado por um campo de simbolização que opera sobre a criança através da linguagem. O processo maturativo deve oferecer uma permeabilidade que permita a estruturação psíquica, funcionando como limite para o sujeito, porém, não o condiciona, nem o determina. “O maturativo se mantém como limite, mas não como causa” (JERUSALINSKY, 2010, p. 29). A dimensão psíquica parte dos mecanismos biológicos presentes no organismo, encontra neles seus limites e os organiza de acordo com a singularidade da combinação dos elementos envolvidos no desenvolvimento de cada bebê. Esse desenvolvimento depende dos processos de formação da vida psíquica, governados por aqueles que rodeiam a criança e são responsáveis por seus cuidados. O lugar de sujeito depende não de uma ação biológica, mas de ações que os cuidadores e responsáveis pela criança devem realizar na primeira infância, sem as quais esse lugar corre o risco de não se constituir (KUPFER et al., 2009).

Em decorrência do contato com o quadro apresentado, nasce nossa questão: existiriam efeitos decorrentes do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê em sua constituição subjetiva? O diagnóstico denuncia limitações biológicas no corpo do bebê, possíveis de serem contornadas pelo tratamento, eliminando os sintomas e sequelas decorrentes das doenças triadas. Logo, o processo maturativo do organismo é favorecido pela presença do diagnóstico precoce e a permeabilidade do organismo ao simbólico é preservada. Porém, o processo de estruturação subjetiva é dependente do campo de simbolização ofertado à criança pelos cuidadores através do campo da linguagem. O diagnóstico e seus desdobramentos na vida dos pacientes e seus familiares constitui-se como um campo essencial, presente e participativo desde o nascimento do bebê. Desse modo, nos perguntamos: quais elementos estão presentes no contexto do diagnóstico precoce e quais são seus efeitos na constituição do sujeito? A

dimensão psíquica do bebê partirá dos mecanismos biológicos existentes no organismo, graças à incidência do diagnóstico precoce que permite o funcionamento do seu aparato biológico. Se o sujeito psíquico é o organizador das dimensões que compõem o desenvolvimento do bebê, interessa ao campo do diagnóstico precoce entender seus efeitos na dimensão subjetiva, pois esta terá grande importância no desenvolvimento do bebê de modo geral. O estudo dos efeitos dessa invenção tecnológica na constituição do sujeito é o principal objetivo do presente trabalho.

Propomos, para tanto, uma investigação teórica dirigida pela experiência da autora como estagiária de psicologia no contexto do PETN-MG. Utilizaremos o referencial teórico psicanalítico como norteador de nossas discussões, incluindo outros campos de saber que nos auxiliarão em nossa investigação, como a historiografia, a sociologia da infância, a medicina, promovendo a busca pelo diálogo entre diferentes disciplinas e, ao mesmo tempo, sustentando as especificidades de cada campo. Os autores utilizados em nosso trabalho procuram realizar essa conversa interdisciplinar, favorecendo nossa discussão. O estudo dos efeitos do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê em sua constituição subjetiva exige um posicionamento de tentativa de diálogo entre diferentes campos que também considere os pontos de tensão envolvidos, estimulando o próprio avanço dessa prática.

Partindo desse tema, desdobram-se outras questões. No primeiro capítulo, investigaremos o que sustenta o lugar da criança como alvo de cuidados, como o proposto pelo diagnóstico precoce de doenças graves, além de outras tecnologias voltadas para o cuidado cada vez mais precoce do bebê. Propomos o diálogo com os campos da historiografia, da sociologia da infância e da etimologia, na tentativa de recortarmos os contextos históricos que carregam traços da presença da criança como alvo de cuidado e proteção, garantindo sua sobrevivência. Encontramos nesses recortes os primórdios da prática do diagnóstico precoce tal como conhecemos na atualidade. Veremos que a representação da criança não foi sempre a mesma, sendo uma invenção sócio-histórica que determina o papel da criança de acordo com a forma de organização social. Desse modo, nos interessa entender o que sustenta a representação do bebê alvo da prática do diagnóstico precoce como um ser que deve ser protegido e preservado. Aproveitamos para apresentar os elementos do discurso médico envolvidos na organização da prática da triagem neonatal e discuti-los a partir do referencial psicanalítico.

O segundo capítulo concentra-se na seguinte questão: como podemos entender a noção de diagnóstico, na medicina e na psicanálise? Apresentaremos as especificidades da noção de diagnóstico em cada campo e os pontos de aproximação. Acreditamos na importância desse

esclarecimento para nossa discussão por se tratarem de discursos que compartilham um mesmo espaço de intervenção, graças à presença da equipe multidisciplinar. Localizaremos o método clínico como importante ponto de convergência entre a medicina e a psicanálise, pois apostamos em sua capacidade de resgatar o olhar que considera a singularidade do caso único. Especialmente no contexto do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê, cada caso pode facilmente ser categorizado e reconhecido pela nomenclatura diagnóstica, a partir do próprio resultado do teste. Exclui-se desse modo o espaço para o inesperado que define cada sujeito. O referencial psicanalítico nos permite compreender o peso dos ideais na mobilização de práticas de cuidado com o bebê, evidenciando os elementos que o convocam a ocupar o lugar de promessa de realização futura dos ideais sociais e parentais. No contexto do diagnóstico precoce, o valor atribuído ao bebê é colocado em questão – materializada pela nomenclatura diagnóstica – quanto à realização desses mesmos ideais. Discutiremos quais as contribuições de uma intervenção dirigida ao bebê baseada na concepção psicanalítica – a chamada intervenção a tempo – para o estudo do nosso tema, pois ela nos oferece a noção de necessidade da antecipação de sujeito, antes mesmo de seu advento, como condição para o seu próprio surgimento.

O terceiro capítulo analisa os principais elementos envolvidos no processo de constituição subjetiva, buscando compreender as incidências do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê nesse processo. Utilizando as contribuições de Freud, Lacan e seus comentadores, veremos que a estruturação do sujeito psíquico é constituída por uma dimensão lógica, na qual o sujeito constrói sua própria história dando ao vivido um sentido singular. Portanto, não encontraremos um destino pré-definido para os bebês diagnosticados precocemente com uma doença grave. O espaço que se reserva para o inesperado, em meio a todas as orientações e previsões originadas pelo campo médico, é o que possibilita o surgimento do sujeito, da singularidade. Porém, o peso do diagnóstico pode influenciar os atos dos cuidadores dirigidos ao bebê, realizando uma leitura do neonato dirigida pela nomenclatura diagnóstica, e não pela surpresa que preserva o lugar vazio no saber parental que será preenchido pelo sujeito. Desse modo, nos interessa compreender em que medida o contexto da prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê presentifica o saber científico como norteador do saber sobre a criança, com influência direta sobre suas possibilidades de subjetivação. Investigamos também em que medida essa prática amplia o espaço de possibilidade de construção de um sujeito que ultrapassa a sentença decorrente do diagnóstico e faz de sua história uma invenção singular.

Acreditamos que o diagnóstico precoce de doenças graves no bebê apresenta elementos que influenciam as possibilidades de estruturação subjetiva e, portanto, participa desse processo, de maneira única em cada novo nascimento. A investigação desses efeitos permite o avanço de uma prática indispensável para o desenvolvimento satisfatório do bebê, a partir de uma perspectiva que não limite suas chances de inventar, em meio às previsões, um espaço singular. Nosso estudo pretende contribuir e estimular esse avanço, garantindo que a conquista da presença da prática da triagem neonatal seja valorizada e corresponda aos objetivos dirigidos à preservação do desenvolvimento físico e psíquico do bebê, aumentando as chances de um futuro diferente da sentença definida por uma doença.

Com a criação cada vez maior da tecnologia destinada à identificação de possíveis entraves a sobrevivência e desenvolvimento do neonato, surgem estudos destinados a evidenciar como “o impacto dos defeitos congênitos no Brasil vem aumentando progressivamente, tendo passado da quinta para a segunda causa dos óbitos em menores de um ano entre 1980 e 2000, apontando para a necessidade de estratégias específicas na política de saúde” (HOROVITZ; LLERENA JR.; MATTOS, 2005, p. 1063). Como exemplo, a incidência aproximada de doenças nos pacientes triados pelo PETN-MG é descrita na tabela abaixo:

Tabela 1 - Incidência aproximada das doenças triadas pelo PETN-MG

Doença	Incidência
Doença Falciforme	1: 1.400
Hipotireoidismo Congênito	1: 3.500
Fenilcetonúria	1: 21.000
Fibrose Cística	1: 8.970

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010.

Esses dados evidenciam que continuamente novos bebês são recebidos pelo PETN-MG e serão acompanhados por tempo indeterminado, provavelmente por toda a vida. Da mesma maneira novos recursos tecnológicos serão desenvolvidos e utilizados com o objetivo de intervenções cada vez mais precoces. O psicólogo frequentemente integra a equipe responsável pelos pacientes diagnosticados e tratados precocemente e precisa se posicionar a respeito de sua concepção sobre o fenômeno que aborda. Sua presença já revela a necessidade de compreensão do contexto numa perspectiva ampliada. Afirmamos a possibilidade de entendimento do fenômeno no sentido de multiplicar as chances de aposta em novos destinos dessas crianças.

Além disso, o trabalho de compreensão lúcida dessas primeiras etapas que compõem o tratamento por aqueles que compõem a equipe responsável pelas intervenções nesse contexto pode certamente auxiliar no seu bom andamento, no sentido de garantir que a aceitação do diagnóstico e a adesão ao tratamento estejam a favor da ampliação do futuro desses sujeitos. O presente trabalho é uma tentativa de tornar o tema acessível a diferentes campos de saber, partindo da proposta de diálogo entre eles. Buscamos tornar a leitura compreensível, na medida em que for possível trabalhar os temas sem prejuízo na discussão. Em alguns momentos, a densidade de conceitos é retomada em benefício do avanço em nossa investigação. Consideramos essas marcas características do texto um convite ao aprofundamento de outros olhares sobre nosso tema, à abertura ao desconforto decorrente do diálogo entre diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno, no qual brotam distanciamentos, mas também pontos de convergência.

Nesse espírito, esse trabalho busca também, a partir do enfoque psicanalítico, contribuir para a construção contínua de intervenções que permitam considerar cada caso apresentado em sua singularidade e garantam aos envolvidos o acompanhamento necessário a partir de uma posição crítica às demandas dirigidas à equipe de especialistas que não se limite à garantia apenas da sobrevivência do neonato, mas também da possibilidade de sua invenção enquanto sujeito.

2 CUIDADO COM O BEBÊ! QUESTÃO HISTÓRICA E ATUAL

*A criança que fui chora na estrada.
Deixei-a ali quando vim ser quem sou;
Mas hoje, vendo que o que sou é nada,
Quero ir buscar quem fui onde ficou.
Ah, como hei-de encontrá-lo? Quem errou
A vinda tem a regressão errada.
Já não sei de onde vim nem onde estou.
De o não saber, minha alma está parada.
Se ao menos atingir neste lugar
Um alto monte, de onde possa enfim
O que esqueci, olhando-o, lembrar,
Na ausência, ao menos, saberei de mim,
E, ao ver-me tal qual fui ao longe, achar
Em mim um pouco de quando era assim.*

*Dia a dia mudamos para quem
Amanhã não veremos. Hora a hora
Nosso diverso e sucessivo alguém
Desce uma vasta escadaria agora.
E uma multidão que desce, sem
Que um saiba de outros. Vejo-os meus e fora.
Ah, que horrorosa semelhança têm!
São um múltiplo mesmo que se ignora.
Olho-os. Nenhum sou eu, a todos sendo.
E a multidão engrossa, alheia a ver-me,
Sem que eu perceba de onde vai crescendo.
Sinto-os a todos dentro em mim mover-me,
E, inúmero, prolixo, vou descendo
Até passar por todos e perder-me.*

*Meu Deus! Meu Deus! Quem sou, que desconheço
O que sinto que sou? Quem quero ser
Mora, distante, onde meu ser esqueço,
Parte, remoto, para me não ter.
22-09-1933
(PESSOA, 1996, p. 170).*

Lê-se o seguinte título em uma reportagem na internet: “Prevenção de doenças deve começar na infância.” Seu conteúdo relata que prevenir doenças crônicas no adulto é um ato que deve começar desde sua vida intrauterina, uma nova visão da medicina que objetiva o aumento na expectativa de vida, além da melhoria da qualidade de vida na fase adulta. A posição defendida é a de que as doenças crônicas degenerativas podem ser evitadas no adulto se seu acompanhamento médico preventivo for realizado na infância. Essa proposta é aplicada atualmente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (PREVENÇÃO..., 2010).

As notícias relacionadas ao tema são recorrentes. Em outra revista especializada em pesquisa na área médica, uma entrevista com a médica pediatra e pesquisadora Sandra Grisi, professora titular da FMUSP, revela que os avanços no conhecimento científico das últimas

décadas marcaram o início de uma transição para um novo modelo de pediatria do século 21, chamada por ela de “puericultura⁴ sob medida”, que busca determinar a influência do meio ambiente, ou seja, das condições bioquímicas do meio em todas as etapas do desenvolvimento fetal. A partir daí, o médico pediatra pode identificar eventos determinantes geneticamente – através de um detalhamento histórico de três gerações familiares antecedentes – que poderiam acompanhar o indivíduo por toda a vida, avaliar as condições da criança e criar o melhor ambiente, com a família, para seu desenvolvimento (POLIMENO, 2009).

Nesses dois exemplos encontramos a seguinte ideia resumida:

Marcado pela insígnia do desenvolvimento, o período da infância é também considerado, sem dificuldades, como determinante na vida de qualquer indivíduo. Tudo que nele acontece adquire papel fundamental na formação não só do futuro adulto – para o qual, confessemos, não é fácil encontrar modelo ou tipo ideal –, mas do próprio desenvolvimento humano (CIRINO, 2001, p. 15).

Sabemos que muitas outras notícias como essas são publicadas com frequência, não se limitando ao campo médico. As discussões em torno do tema infância não são escassas. Discute-se em todas as áreas, sob diversos aspectos. Todos os especialistas mobilizam-se sobre as questões colocadas pelo período que inicia o longo caminho humano, criando um campo de estudos multidisciplinar rico, emergente e incessante.

Para Ansermet (2003):

Quer tenha nascido no tempo previsto ou seja prematuro, o recém-nascido constitui hoje o objeto de múltiplos saberes. Não cessamos de observá-lo e de tirar conclusões dessa observação. Como se esperássemos levantar o véu desse período da vida que permanece até hoje inabordável, indecifrável. Pensamos que é possível entender desde o começo, o nascimento, e inclusive antes disso. E ficamos fascinados pelas competências do recém-nascido, do prematuro e mesmo do feto (ANSERMET, 2003, p. 56).

Ao mesmo tempo em que muito sabemos acerca dos primórdios do ser humano, mais queremos desvendar sobre os pontos obscuros que surgem nesse campo de trabalho e muito nos falta para decifrá-los completamente. O recém-nascido é alvo de grande atenção por parte dos interessados pelo estudo da infância. Torna-se importante para o presente trabalho entender o porquê. Nesse capítulo buscamos esclarecer: o que torna a criança um bem a ser cuidado, resguardado, protegido? Não podemos negar que nosso olhar é facilmente capturado pela presença de um bebê, provocando as mais diversas reações. Do mesmo modo, parecemos

⁴ O termo puericultura, segundo o Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde (2003), refere-se ao conjunto dos meios e métodos que permitem assegurar um desenvolvimento físico e mental adequado e normal às crianças nos primeiros anos de vida.

capturados pelas questões presentificadas pelo período da vida denominado infância. Acreditamos que os especialistas voltados para o estudo constante do desenvolvimento dos instrumentos de diagnóstico precoce de doenças graves no bebê participam desse grupo mobilizado pela investigação do mistério que envolve o período relativo às origens do ser humano.

Ironicamente – a despeito do grande empenho dos especialistas –, não fica claro o objetivo de tanta atenção. Muitas vezes, é anunciado como zelo com aqueles que, de alguma maneira, se encontram em certo desamparo inerente à infância. É justificado inicialmente e de modo mais evidente pela questão do combate à mortalidade infantil. Porém, sabemos que não é reservada a toda criança o mesmo nível de cuidados. Segundo Kramer (2000), vivemos o paradoxo de termos um conhecimento teórico avançado sobre a infância, enquanto assistimos à incapacidade da nossa geração em lidar com as populações infantis e juvenis. Vários direitos das crianças e dos adolescentes são violados cotidianamente em nosso país (CIRINO, 2001). Como explicar esse paradoxo diante de um discurso explícito de cuidado com a infância? Esse cuidado realmente existe? Caso exista, ele sempre foi dedicado do mesmo modo a todas as crianças? De que modo pode esse cuidado ser associado ao campo do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê? A partir do contato com o trabalho nesse campo é que essas perguntas se colocam, motivando nossa discussão.

Segundo Cirino (2001), não há dúvida em identificar que o organismo humano se desenvolve inicialmente em extraordinária prematuridade, exigindo cuidados e proteção constantes. Contudo, a ideia ou visão do que é uma criança e dos cuidados a ela dedicados não foram sempre os mesmos e, ainda, a produção da visão orientada pelo cuidado é relativamente recente. O fato é que o interesse pela infância é atual e persistente. Falta-nos entender mais profundamente o porquê, se pudéssemos reduzi-lo a um elemento isolado.

Por outro lado, essa confluência de esforços apresenta distinções, que podem ser percebidas, por exemplo, na escolha de uma perspectiva universal – a criança como uma essência, descontextualizada – ou singular – diferentes infâncias coexistindo num mesmo tempo e lugar (CASTRO, 2007). É de grande importância destacar algumas nuances que distanciam essas concepções, afastando o risco de passarem despercebidas e serem tratadas como ideias equivalentes. A ideia é que não se diz sempre a mesma coisa quando se diz “infância”. Sendo assim, tentaremos esclarecer de qual infância se trata no contexto do diagnóstico precoce de doenças graves, além das concepções que a sustentam.

Para tanto, utilizaremos também outros campos de saber que se propõem a descrever e questionar diferentes perspectivas presentes na pesquisa sobre a infância, como a

historiografia e a sociologia⁵ da infância. Buscaremos, partindo da discussão etimológica⁶, esclarecer a rede de significações que permeiam os termos infância e criança, para tentarmos defini-los claramente. Com isso, poderemos realizar a discussão acerca da existência de uma essência relativa à infância, pois nos interessa esclarecer se haveria um fator comum subjacente aos distintos sentidos dados a ela. Questionamo-nos ainda por quem e de que maneira a história da infância vem sendo escrita, pois partimos do posicionamento de que tomar esse material como referência para apoiar nosso trabalho exige tal debate.

2.1 História da infância: etimologia, essência e escrita

Segundo Gouvea (2008), o crescimento da produção acerca da infância foi acompanhado por um refinamento terminológico que objetiva precisar os conceitos pertencentes ao campo. Os termos “infância” e “criança”, por exemplo, muitas vezes usados de maneira equivalente, vêm sendo mais bem diferenciados. Nesse sentido, tentaremos aqui explorar as redes de significados que permeiam os dois termos citados, buscando esclarecer suas particularidades. Acreditamos que essa compreensão terá efeitos relativos ao evidenciamento de quem se coloca como alvo de cuidados no contexto do diagnóstico precoce de doenças graves.

A palavra infância evoca um período da vida humana, segundo o Dicionário Aurélio (2004), um período de crescimento que vai do nascimento até a puberdade. Em sua origem etimológica o termo infância, em latim, é *infans*, que significa desprovido de fala, ou sem linguagem. Como Castro (2007) aponta, no interior da tradição filosófica ocidental, não ter linguagem significa não ter pensamento, nem conhecimento, nem racionalidade. Vorcaro (2004) lembra ainda que o termo conota, nas línguas latinas, muito mais do que uma referência orgânica a um suposto estágio de aquisição da linguagem, mas localiza uma condição de falante que não tem legitimidade, nem reconhecimento social. Kohan (2008), no mesmo sentido, afirma que a ideia de infância associada a uma falta, a uma ausência, marcada no campo da incapacidade, toma corpo quando se aprofunda em seu estudo etimológico, ultrapassando o âmbito privado ou familiar. Nos primeiros usos da palavra infância, encontramos o domínio das normas e do direito, pois na cultura latina a *res publica* – a coisa pública, do povo – é tema de importância central. Assim, a infância é uma categoria marcada

⁵ Historiografia é o estudo da escrita da história. Sociologia é o estudo científico da organização e do funcionamento das sociedades humanas e das leis fundamentais que regem as relações sociais, as instituições etc. (HOUAISS, 2009).

⁶ Etimologia é o estudo da origem e da evolução das palavras. (HOUAISS, 2009).

por uma falta inadmissível, não se remetendo especificamente à criança pequena que não fala, mas referindo-se àqueles que não podem se valer de sua palavra para dar testemunho nos tribunais – portanto, categoria semelhante aos marginais, deficientes, estrangeiros.

A palavra criança, por sua vez, designa um ser humano de pouca idade. Tem sua origem em *creantia* que se refere ao animal que se está criando, ato de outrem que inventa a criança como algo único, singular (VORCARO, 2004). Segundo Valas (1991), para conseguirmos uma definição satisfatória da criança, é necessário distinguirmos a criança, a pessoa e o indivíduo. Na visão do autor, a referência ao trabalho é essencial enquanto influência na definição do que é uma criança. Ela seria aquela que não trabalha, que não pode e nem deve trabalhar. Mesmo que tenha um ofício, considera-se que seu saber não vale nada, então chamamos a isso de aprendizagem. A criança não poderia participar de um contrato social válido, tal qual o de trabalho, pois não a consideramos um ser comprometido com sua palavra.

Distingue-se da definição de pessoa, pois esta, para o autor, relaciona-se a uma conduta codificada, fixada, remontada etimologicamente à *persona*, termo que significa máscara, ou seja, a personagem, invariável independentemente do contexto, fato que lhe dá uma consistência estável. Distingue-se também da definição de indivíduo, pois essa é a definição, no Direito, que cada ser social recebe enquanto cidadão. No caso da criança, é aplicada uma jurisdição especial pela qual ela não é considerada para efeitos civis e penais como responsável por seus atos, salvo exceções. Porém, o fato importante ressaltado pelo autor é a prevenção, a interdição que, por exemplo, retira o valor de sua assinatura, de um meio de dispor de seus feitos, ao invés de absolvê-la de quaisquer consequências sobre eles.

O radical *pueri-* e o radical *ped(i)-*, usados em termos como puericultura e pediatria, são relacionados em sua origem aos significados pouco, pequeno e pobre. As marcas trazidas pela língua giram, portanto, em torno do tamanho, da insuficiência, da dependência e da condição de anterioridade da criança em relação ao adulto. No entanto, se as referências carregam sempre uma relação de subordinação da criança, de filiação ou tutela, não carregam um apassivamento que a faria cópia fiel do adulto, mas sim uma distorção, uma relação capaz de causar um processo de realização do que não existia antes (VORCARO, 2004).

De maneira resumida, a infância e a criança estão marcadas, etimologicamente, por uma ausência. Seja justificada fisicamente, temporalmente ou socialmente, uma falta sustenta esses dois termos. Esse fato poderia nos levar à conclusão de que aí se encontraria a essência relativa à infância, de que predomina aí uma insuficiência dada desde sempre, naturalizada. Daí justifica-se a necessidade de práticas de cuidado e proteção que buscam reparar ou

diminuir os efeitos desse desamparo inerente à infância. O que nos perguntamos, nesse momento, é se essa explicação esgota nossa discussão. Pois, como exposto no início do capítulo, não se observam as mesmas condutas de cuidado com a criança em diferentes contextos históricos, nem as mesmas maneiras de se definir a infância. Em nosso contexto atual, acreditamos que a questão orgânica vem ganhando um lugar de destaque. Não negamos a marca da necessidade da maturação biológica inerente à infância, mas defini-la por essa marca, como insuficiência, não seria reduzi-la apenas ao seu aspecto biológico? Nosso objetivo não é proceder a um estudo exaustivo das diversas maneiras de se conceber a infância ao longo da história da humanidade, mas destacar as relações entre a definição da infância e as práticas que a tornam alvo de cuidados, como a do diagnóstico precoce de doenças graves.

É um consenso entre os diversos autores que discorrem sobre a questão da criança e da infância: sua definição se modificou em função de parâmetros ideológicos, suas representações são invenções construídas social e historicamente, a inserção concreta das crianças e seus papéis variam com as formas de organização social, como demonstrado por Philippe Ariès (1975/2006) em livro clássico sobre a análise das representações históricas da criança e o aparecimento do sentimento da infância na sociedade moderna⁷, e por diversos outros autores (BOARINI; BORGES, 1998; CASTRO, 2007; CIRINO, 2001; CLASTRES, 1991; GOUVEA, 2008; KRAMER, 2000; VALAS, 1991).

Distanciamos-nos, portanto, de uma perspectiva de infância enquanto etapa natural da vida, situada pela biologia, relacionada a uma ideia de existência de uma essência ou natureza infantil. Às condições objetivas do desenvolvimento físico da criança (sua imaturidade biológica, os fenômenos ocorridos no organismo) vinculam-se as características psicológicas e comportamentais, erroneamente entendidas como uma natureza própria à condição biológica da criança. “Favorece-se, desse modo, a uma confusão conceitual, pois, quando se fala do desenvolvimento da criança, misturam-se e sobrepõem-se noções provenientes de lógicas distintas – a do ser vivo, a do ser falante e a do ser social.” (CIRINO, 2001, p. 15). Ressaltamos, portanto, uma visão de infância que ultrapassa a lógica do ser vivo, biológico, e buscamos destacar no presente trabalho as particularidades da lógica do ser falante⁸, assim

⁷ Conforme informado na edição brasileira, com o título *História Social da Criança e da Família*, sua tradução do original *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* é uma versão abreviada, em que as partes I e III foram integralmente reproduzidas. Da parte II, foi conservada apenas o essencial, ou seja, as conclusões completas de sete capítulos. A parte IV, intitulada “Do Externato ao Internato”, foi totalmente suprimida.

⁸ O ser falante é, na teoria psicanalítica, o conceito que aproxima a questão da subjetividade ao corpo, onde o ser humano é entendido enquanto ser de linguagem, assim como um ser corporal. Esse conceito será retomado mais adiante.

como as relações entre ambas, muitas vezes desconsideradas pela abordagem puramente médica. Alguns apontamentos acerca do ser sócio-histórico acrescentarão elementos à nossa discussão, numa tentativa de diálogo que amplie a perspectiva da infância para além da classificação biologizante.

Segundo Gouvea (2008), ao contrário dos demais sujeitos históricos que, através de diversos suportes, deixaram um registro de sua experiência coletiva, a criança não se fez propriamente autora da própria história, mas destinatária de discursos e práticas voltados à sua formação para a vida adulta. Esse fato, como afirma a autora, circunscreve e singulariza o campo, impondo uma reflexão diferenciada na análise das fontes na escrita da história da infância e da criança. Os documentos produzidos pelo adulto são a principal fonte para a escrita da história da infância, e neles é projetada uma determinada representação sobre a identidade infantil, sua particularidade, definindo a partir delas as estratégias de formação e intervenção. Assim, a documentação que é produzida e marcada pelo olhar adultocêntrico espelha as expectativas sociais dirigidas ao sujeito infantil, mais do que expressa suas formas de inserção num determinado momento histórico, segundo Gouvea (2008). Citando a autora:

Os discurso e práticas de socialização, ao dirigirem-se à criança, constroem um imaginário sobre a infância, produzindo modelos de gestos, hábitos, comportamentos que são material de socialização nos processos de formação de tais atores. A criança também é produto de tais práticas e discursos (GOUVEA, 2008, p. 106).

Acreditamos que esse ponto merece ser destacado, pois nos ocupamos nesse momento com a localização da criança que é alvo de cuidados pela prática do diagnóstico precoce. O que propomos é entender como a prática do diagnóstico precoce, eleita nesse trabalho como tema principal, carrega a marca da construção de um imaginário de criança particular. Acreditamos que o elemento de expectativa social está presente, primeiramente a partir da ideia de diminuição da mortalidade infantil e garantia de condições básicas para um desenvolvimento saudável, pois se espera que a criança cresça e se torne um adulto sadio. Ao mesmo tempo, defendemos que esse elemento de projeto destinado à criança ultrapassa a ideia da maturação biológica favorável. Isso só é possível se acrescentarmos à nossa discussão outros elementos referentes ao contexto social presente.

A produção historiográfica que sustenta a construção histórica da categoria infância tem privilegiado documentos e obras situadas no campo propriamente científico, de estudos voltados para a definição da singularidade de tais sujeitos, bem como para a prescrição de procedimentos relativos a práticas de intervenção, segundo Gouvea (2008). Ainda de acordo

com a autora, uma fonte documental de enorme importância para a escrita da história da infância é a legislação, para compreender-se a conformação histórica de políticas de atuação na criança. Em seu caráter normativo, indicam procedimentos balizadores das ações e práticas institucionais. Essa fonte mostrou significativo efeito na regulação de práticas de cuidado da criança e revela as tensões entre instâncias socializatórias distintas, além do papel regulador do Estado. Portanto, para Gouvea (2008), o cruzamento de diferentes fontes é fundamental para a apreensão dos processos históricos de formação da infância e compreensão das experiências infantis. Buscaremos trazer esses elementos para nossa discussão, a fim de promover o diálogo entre diferentes representações. Torna-se necessário também entender como essas distintas visões foram construídas ao longo do tempo, e se podemos identificar as representações de infância numa evolução linear cronológica.

2.2 A infância evolui?

Diante dessas considerações, consideramos que não seria possível avançar nessa discussão se não observarmos a importância das transformações no conceito de infância e suas relações com o desenvolvimento de instrumentos de investigação do diagnóstico precoce de doenças graves na criança. Percebemos uma fronteira sutil entre um tempo anterior e posterior à sua disseminação. O que se faz visível na infância, que, logicamente, não se percebia antes, criando uma necessidade de intervenção precoce? Questionamos, portanto, a presença de uma mera evolução tecnológica que possibilitaria a invenção do diagnóstico precoce. Nossa hipótese é que a prática do diagnóstico precoce não está associada unicamente à evolução tecnológica que a tornou possível, mas também a uma certa concepção da infância.

Ariès (1975/2006) demonstra como as mudanças introduzidas pela modernidade permitiram a emergência do sentimento da infância. Como o autor aponta, na sociedade medieval⁹ esse sentimento não existia – o que não significa uma ausência de afeto pelas crianças nesse período. Porém, não havia uma consciência da particularidade infantil, que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo do jovem. Não se tinha conhecimento de uma série de características intelectuais, comportamentais e emocionais que são consideradas hoje como inerentes, e mesmo naturais às crianças. Isso se dava especialmente pela alta mortalidade infantil característica do período. Não havia sentido em particularizar uma fase da vida em que sua superação era incerta. Assim, quando a criança atingia as condições de viver

⁹ Sociedade referente à Idade Média, período que antecede à Idade Moderna.

sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ingressava no universo adulto partilhando, sem distinções, trabalhos, jogos e festas. Seus trajes nem seus divertimentos a diferenciavam. Sendo assim, a arte medieval a representava como adulto em miniatura, reflexo de sua insignificância.

O primeiro sentimento da infância, segundo Ariès (1975/2006), é caracterizado pela “paparicação”. Surge no meio familiar, onde as criancinhas pequenas passam a ser figuras de companhia. Graças à sua ingenuidade, gentileza e graça, a criança se tornou uma fonte de distração e de relaxamento para o adulto. Porém, esse sentimento afluía nas camadas superiores da sociedade dos séculos XVI e XVII. O segundo, ao contrário, proveio de uma fonte exterior à família, ligado aos eclesiásticos ou aos homens da lei, raros até o século XVI, e de um maior número de moralistas no século XVII, preocupados com a disciplina e a racionalidade dos costumes. Agora, a criança era uma frágil criatura de Deus que era preciso ao mesmo tempo preservar e disciplinar. Esse sentimento passa para a vida familiar. No século XVIII, esses dois elementos anteriores encontram-se associados à preocupação com a higiene e a saúde física, incluindo aqueles que gozavam de boa saúde. “Não apenas o futuro da criança, mas também sua simples presença e existência eram dignas de preocupação – a criança havia assumido um lugar central dentro da família.” (ARIÈS, 1975/2006, p. 105).

Segundo Gouvea (2008), a perspectiva denominada “Nova História”¹⁰ é marcada pela superação da análise evolucionista dos processos históricos, rompendo o paradigma do progresso, característico do estudo de processos naturais, sociais e históricos. No campo da história da infância, trabalhar com a ideia de progresso temporal significa correr o risco de formulação de um modelo universal e evolutivo de desenvolvimento de práticas de cuidado e de produção de representações sobre a infância, marcado pela progressão de estágios sucessivos, na direção da significação contemporânea da criança. Ariès traça um paralelo entre o percurso da criação de práticas de cuidado e atenção à criança nas sociedades modernas, e a suposta indiferenciação etária própria ao período medieval, delineando uma cronologia marcada pelo surgimento, na modernidade, do chamado sentimento de infância, inexistente em períodos antecedentes.

Ainda segundo Gouvea (2008), o trabalho de Ariès assumiu papel paradigmático no campo de estudo, tornando-se referência para estudos que aplicavam o modelo do autor para outros contextos. Em trabalhos mais recentes, no entanto, não encontramos a afirmação de um modelo universal, e sim a diversidade de processos históricos em que a experiência da

¹⁰ Corrente da historiografia. (GOUVEA, 2008).

infância é diferenciada de acordo com categorias sociais definidoras da identidade infantil, como gênero, classe social, etnia. Desse modo, em oposição à visão evolutiva e linear, encontramos processos de permanências e deslocamentos, em que convivem num mesmo período histórico práticas diferenciadas, assim como representações antagônicas sobre o que define a criança e como deve ser preparada para a vida adulta.

São inegáveis as radicais transformações dos lugares sociais, dos saberes e práticas de cuidado da criança relacionadas à modernidade¹¹, como demonstrado por Ariès. Neste caso, segundo Gouvea (2008), cabe-nos melhor falar não na emergência de um sentimento de infância, mas de um sentimento de infância característico da modernidade. Cabe também entender a própria modernidade numa lógica distinta da do percurso histórico contínuo e evolutivo. Muitas foram as mudanças nas relações com o Estado e com a família, além da lenta e significativa mudança na relação com a criança. A produção de uma criança civilizada, como citamos, estava atrelada às práticas disciplinares pedagógicas que se associavam com uma preocupação com a saúde e a higiene. Nesse contexto, as aprendizagens de civilidades foram estendidas a todas as camadas sociais, afirmando a escola como espaço privilegiado de um indivíduo civilizado.

Estamos descrevendo características socioculturais presentes desde o final do século XX, ainda presentes no século atual. A elas acrescentam-se a globalização movida por uma lógica de mercado e pela sociedade de consumo. Quais seriam os efeitos dessa nova forma de organização social na categoria infância, de acordo com a hipótese apresentada de uma categoria influenciada social, cultural e historicamente? Segundo Cirino (2001), alguns autores como Contardo Calligaris, Lúcia Castro e Célio Garcia sugerem não apenas uma mudança em seu estatuto, mas o seu real desaparecimento. Crianças e adolescentes passam, como qualquer um, ao status de consumidores de produtos, técnicas, informação etc. Não se restringem mais à imagem de um período de vida encantado, feliz e despreocupado. Inclusive os adultos não gostariam mais de voltar a ser crianças, preferindo voltar a ser adolescentes, com as obrigações da vida adulta ausentes e os prazeres, a beleza e a liberdade se tornam os novos “brinquedos” do ideário ocidental. Isso também se estende às crianças, com perdas em sua especificidade estética e erotização precoce de seu corpo, vestindo-se não mais como adulto em miniatura, mas como o ideal adolescente presente na visão dos adultos que os vestem (CALLIGARIS *apud* CIRINO, 2001).

¹¹ Período da história mundial, especialmente europeia, que, por convenção, se inicia no fim da Idade Média e termina com a Revolução Francesa em 1789, influenciado pelo Iluminismo, em que o homem passa a se reconhecer como um ser autônomo, autossuficiente e universal, e a se mover pela crença de que, por meio da razão, se pode atuar sobre a natureza e a sociedade. (HOUAISS, 2009).

Um estudo que dialoga com a perspectiva de Ariès e aponta também uma ruptura dos lugares, papéis e saberes da infância característicos da modernidade é proposto por Postmann (1999). Para o autor, o surgimento da infância é atrelado a uma mudança substancial no mundo adulto, que é definida pela criação da tipografia. A criação de um novo mundo simbólico propiciado por essa invenção tecnológica permitiu uma nova concepção de adulto, que participa do universo da linguagem escrita, excluindo as crianças, aquelas que deveriam aprender a ler, através da educação. Nesse raciocínio, as transformações atuais, principalmente nos meios de comunicação, produzem meios de acessar a linguagem que estão tornando a informação – antes conquistada pela educação – acessível a todos simultaneamente. Desse modo, evidencia-se uma nova relação com a criança, em que ela aparece cada vez mais indiferenciada do adulto. Esses argumentos é que suportam a hipótese do processo de desaparecimento da infância.

Segundo Gouvea (2008), o trabalho citado foi alvo de inúmeras críticas pelo uso apressado do termo desaparecimento, além de uma inconsistente fundamentação historiográfica. Porém, sua análise indica a necessidade de compreensão das transformações na inserção social e nas representações da infância na atualidade. Ressalta-se a aceleração dos processos históricos, principalmente no século XX. É inegável o impacto de certos acontecimentos na história desses sujeitos, com consequentes desdobramentos na formação das crianças nas sociedades atuais, incluindo a força dos novos meios de comunicação, entre outros fenômenos que reconfiguram as relações familiares e os lugares sociais da criança, principalmente na classe média. Por outro lado, nas camadas populares, a emergência de novas formas de exclusão social tem dramático impacto na vivência das crianças pertencentes a tais segmentos sociais.

Sabemos ainda que as práticas distanciam-se dos discursos sobre a infância. Isso é explicado não simplesmente pelo desaparecimento dessa categoria, mas como condição imposta pela própria conjuntura da modernidade. O momento atual desafia a sociedade a entender as relações estabelecidas em função da ética do mercado, as crises por que passam as instituições que muitas vezes estigmatizam a criança por fracassos que não são dela, as manifestações sintomáticas particulares de uma crise permanente da própria infância. A defesa da infância é reconhecida teoricamente para todas as crianças, explicitamente reivindicada – no discurso – e implicitamente negada – na prática, para a grande maioria das crianças pertencentes às classes populares. Essa lacuna é muitas vezes preenchida com denúncias, núcleos de proteção, estatutos, que aumentam a crise ainda mais por desconsiderar o jogo de forças do discurso coletivo (BOARINI; BORGES, 1998).

O sentimento de infância carregará consigo sempre muitas discussões, pois se refere à descrição de nossa própria história, reescrita do ponto de vista do adulto com a ajuda dos elementos contextuais históricos de que dispõe. A mobilização do cuidado diante da criança não pode ser entendida apenas pela proteção dos seres indefesos, a partir de uma visão de denúncia de uma realidade inaceitável. É entendida aqui como efeito de um contexto que exige da criança a garantia de sustentação de um futuro melhor a toda a sociedade. Defendemos que os elementos de uma aposta na criança-projeto de um adulto ideal são consistentes em diferentes práticas contemporâneas e podem ser articulados com a questão do uso do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê. As práticas direcionadas à infância carregam, porém, a difícil tarefa de não se excluírem da discussão que a localiza no jogo de tensões e contradições, debate possibilitado pelo posicionamento crítico. A ideia que queremos ressaltar é a de crise interna e permanente do conceito de infância, possibilitada pelo contexto social moderno estendido à atualidade.

Desse modo, para Gouvea (2008), faz-se necessário o estudo de processos históricos que relacionem o tempo de longa duração com investigações voltadas para contextos específicos, revelando diferentes histórias de diferentes crianças.

Acreditamos, como já foi trabalhado aqui, que nos apoiarmos apenas numa perspectiva evolutiva representada pela sequência “ausência-sentimento de infância-desaparecimento” nos cobra o preço de encobrir a visão da multiplicidade de experiências presentes simultaneamente num mesmo contexto histórico. Sendo assim, consideramos que a afirmação do desaparecimento da infância na sociedade como um todo pode cometer o mesmo equívoco de encobrir as permanências das práticas de cuidado com a infância que se desenvolvem atualmente com grande intensidade. Isso não se opõe à possibilidade de ausência de práticas de cuidado com a infância em diferentes sociedades. No contexto deste trabalho, defendemos a presença do sentimento de infância em pleno desenvolvimento de novas formas de práticas de cuidado, representadas aqui pela realização do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê. Podemos afirmar ainda que essa prática não está condenada ao desaparecimento em nossa sociedade; porém, sua presença em diferentes contextos se faz de maneira distinta, em maior ou menor intensidade, condicionada a representação de infância própria ao quadro estudado.

Dessa maneira, para construirmos a representação do bebê alvo de cuidados pela prática do diagnóstico precoce de doenças graves, buscaremos eleger no presente trabalho contextos em que o cuidado com a criança e, especialmente o bebê, foi presente, e tentaremos identificar os elementos de permanência e de mudança em relação ao nosso tema de estudo.

2.3 A infância alvo de cuidados

Ao tentarmos identificar as significações que recobrem o recém-nascido alvo da prática do diagnóstico precoce de doenças graves, reconhecemos a necessidade de diálogo entre as marcas balizadoras da insuficiência da criança articuladas à influência do contexto histórico caracterizado por uma expectativa social, não só definidora das relações estabelecidas com a criança, mas criadora de um imaginário particular que produz essa criança. Em outras palavras, compreendemos a prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê não como reflexo de uma evolução tecnológica criada apenas para garantir o sucesso no desenvolvimento do recém-nascido carente de cuidados, mas que também participa da construção de uma criança que ocupe o lugar planejado a ela dentro dos ideais sociais. Para localizá-los, buscaremos percorrer alguns recortes históricos de cuidado com o bebê que fornecerão os elementos de permanência e de mudança presentes no ideal que dirige a prática do diagnóstico precoce no contexto da atualidade e, mais importante, no contexto brasileiro.

2.3.1 A roda dos expostos

Essa era a designação dada aos estabelecimentos que acolhiam crianças abandonadas, segundo Del Priore (2009), e funcionavam junto às santas casas da misericórdia. Uma vez matriculados, os meninos e meninas eram enviados a amas-de-leite até completarem a idade de sete anos. Segundo Marcílio (2006), a roda de expostos foi uma das instituições brasileiras de mais longa vida, presente nos três grandes regimes de nossa história. Criada no período colonial¹², proliferou-se no período imperial e foi mantida durante a República, sendo extinta recentemente, na década de 1950. Do mesmo modo em que foi o último país a abolir a escravidão, o Brasil foi igualmente o último a acabar com o sistema da roda dos enjeitados.

Por outro lado, cumpriu papel importante, pois, por quase um século e meio foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil. Esse sistema foi inventado na Europa medieval, mais especificamente, na Itália durante a Idade

¹² O Brasil Colônia compreende o período entre a chegada dos portugueses em 1500 e a independência do país, em 1822. O período do Brasil Império teve início em 1822, com a proclamação da Independência, e durou até 1889, quando foi instaurada a República. A era republicana no Brasil teve início em 1889, e vigora até os dias de hoje. (BRASIL, 2011).

Média. Durante o período colonial foram implantadas, como nos conta Marcílio (2006), três rodas de expostos no Brasil: a primeira em Salvador, outra no Rio de Janeiro e uma terceira no Recife, todas no século XVIII. Como foram criadas tardiamente e em pouco número, são consideradas um fenômeno urbano e pontual. No Hospital de Roma, os expostos entravam através de uma roda, com um pequeno colchão, onde se depositavam os bebês, estando rigorosamente vedada a busca de informações sobre o expositor. Citando a autora:

O nome da roda provém do dispositivo onde se colocavam os bebês que se queriam abandonar. Sua forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória, era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criancinha que enjeitava. A seguir, ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha com uma sineta, para avisar a vigilante ou rodeira que um bebê acabava de ser abandonado e o expositor furtivamente retirava-se do local, sem ser identificado (MARCÍLIO, 2006, p. 57).

Ainda segundo a autora, a origem desses cilindros rotatórios de madeira vinha dos mosteiros e de conventos medievais, usados como meio de se enviar objetos, alimentos e mensagens aos residentes. A finalidade era a de se evitar o contato dos religiosos enclausurados com o mundo exterior. Como os mosteiros medievais recebiam crianças doadas por seus pais para o serviço religioso, muitos pais que abandonavam um filho usavam a roda dos mosteiros para nela depositarem o bebê. Eles esperavam que o bebê tivesse o cuidado dos monges, fosse batizado e recebesse uma educação aprimorada.

Desse uso indevido das rodas dos mosteiros surgiria o uso da roda para receber os expostos, fixada nos muros dos hospitais criados para cuidar dos meninos abandonados. Constitui-se como um meio encontrado para garantir o anonimato do expositor e assim estimulá-lo a levar o bebê indesejado para a roda, ao invés de abandoná-lo pelo caminho, bosques, lixo, portas de igreja ou de casas de família, como era o costume. As autoridades, preocupadas com o fenômeno do abandono de bebês pela cidade, resolvem providenciar a instalação da roda nas cidades mais importantes. Frequentemente a maioria das crianças morria de fome, de frio ou por outras razões antes de serem encontradas e recolhidas por almas caridosas. Ou seja, o fenômeno de abandonar os filhos ocorria de maneira desordenada, e os meninos abandonados deveriam ser assistidos pelas câmaras municipais. Essa responsabilização era precária, pois as municipalidades alegavam falta de recursos. Assim, a maioria dos bebês era distribuída entre famílias caridosas ou que calculavam utilizá-los como mão de obra familiar suplementar, fiel, reconhecida e gratuita, sendo desse modo melhor do que a escrava.

A roda foi instituída para garantir o anonimato do expositor e evitando-se o mal maior, que seria o aborto e o infanticídio. Além disso, poderia servir para defender a honra das famílias cujas filhas teriam engravidado fora do casamento, e ainda, como afirma Marcílio (2006), servindo de subterfúgio para se regular o tamanho das famílias, dado que na época não havia métodos eficazes de controle da natalidade.

Enquanto assistência caritativa, a roda dos expostos era missionária, já que a primeira preocupação do sistema para com a criança nela deixada era de providenciar o batismo, salvando a alma da criança, exceto se viesse acompanhada de um pequeno escrito, o que era muito comum, informando que o bebê já estava batizado. De fato, a quase totalidade dos pequenos enjeitados não chegavam à idade adulta, já que a mortalidade dos expostos, assistidos pelas câmaras ou criados em famílias substitutas, sempre foi a mais elevada de todos os segmentos sociais do Brasil, em todos os tempos, incluindo neles os escravos (MARCÍLIO, 2006).

Consideramos importante para nosso tema abordar a prática da roda dos expostos, na medida em que encontramos nela os primórdios de uma prática que se ocupa de evitar a morte do recém-nascido abandonado, de modo geral. O abandono de crianças era fato conhecido, tornando-se necessário, em determinado momento, criar estratégias de assistência ao bebê que não poderia ser largado à própria sorte, e provável morte. É preciso destacar a importância do sistema da roda dos expostos enquanto representante dos primórdios de uma prática voltada para a preservação da vida do neonato.

No período colonial, o papel reservado aos filhos e, portanto, à criança, era inexpressivo. Encontrava-se distante dos ideais da sociedade colonial, como a propriedade, o saber tradicional e a ética religiosa. De acordo com Cirino (2001):

Ela se encontrava distante desses três ideais: não tinha nenhuma posse e, se tivesse, seria incapaz de preservá-la; não tinha vivido o bastante para entender o passado e nem responsabilidade suficiente para respeitar a experiência; e, além disso, não tinha sua vida concreta e material valorizada pelo catolicismo, que – voltado para a imortalidade e a vida sobrenatural – considerava-a apenas a partir de sua função espiritual, signo de pureza e inocência. O “anjinho”, como queira Rousseau, era a representação dominante da criança, reforçada especialmente pela criança morta. Em resumo, por oposição ao adulto, a criança era percebida negativamente, sendo tratada como um “adulto incompetente” (CIRINO, 2001, p. 30).

Del Priore (2009a) nos conta que, no contexto brasileiro, tanto a escolarização quanto a emergência da vida privada – as duas novidades apontadas por Ariès que aceleraram a valorização da criança – chegaram com grande atraso. Um país pobre, apoiado no sistema colonial e, posteriormente, numa tardia industrialização, não deixava espaço para que tais

questões emergissem. Logo, sem a presença de um sistema econômico que exigisse indivíduos adequados física e mentalmente a uma nova realidade, como o da era moderna, não era necessária a criação de instrumentos que permitiriam à adaptação a esse novo cenário.

Como nos informa Marcílio (2006), caso a criança enjeitada alcançasse a idade limite de sete, às vezes doze anos, poder-se-ia explorar o trabalho da criança de forma remunerada, ou apenas em troca de casa e comida, como foi o caso mais comum. Portanto, atingia-se a idade em que a criança poderia ser tratada como adulto competente para o trabalho, como mão de obra produtiva. Segundo Del Priore (2009a), fazemos parte de uma tradição em que o trabalho, como forma de complementação salarial para famílias pobres ou miseráveis, sempre foi priorizado em detrimento da formação escolar.

Identificamos nessa descrição uma criança que não se enquadrava na expectativa social presente nesse contexto histórico e é facilmente localizada como dispensável, ou substituível, como observado no número crescente de abandonos de crianças no Brasil colonial. O que a prática da roda dos expostos pode produzir na representação dessa criança, em termos de uma transformação que eleva o recém-nascido ao lugar de alvo de um cuidado, mesmo que precário? Não poderíamos negar que o cuidado dedicado à criança nesse contexto se distancia drasticamente do cuidado como conhecemos hoje; porém, ao mesmo tempo, não poderíamos ignorar a presença de uma prática de cuidado na existência da instituição da roda dos expostos no contexto colonial. Essa tensão é que nos permite compreender que além de um desenvolvimento evolutivo, essa prática participa da produção de uma representação de criança distinta daquela conhecidamente dispensável e substituível.

Para Del Priore (2009b), lentamente a educação e a medicina foram perpassando as crianças do Brasil colonial. Disciplinas que, além de lutar pela sua sobrevivência, objetivavam adestrar a criança, preparando-a para assumir responsabilidades. Essa consciência toma forma no decorrer do século XVIII, na vida social, evidenciado pelos fenômenos de reconhecimento de códigos de comportamento e de cuidado até mesmo entre crianças. Porém, tais códigos mantinham uma diferenciação entre núcleos sociais distintos, como os livres e os escravos, os ricos e os pobres, os órfãos e abandonados e os que tinham família etc.

Segundo Marcílio (2006), somente com a chegada do século XIX é que se inicia a influência da filosofia das luzes, do utilitarismo, da medicina higienista, das novas formas de se exercer a filantropia e do liberalismo, que tem efeitos de diminuição drástica das formas antigas de caridade e solidariedade para com os mais pobres e desvalidos. Seguindo os rumos da Europa liberal, que fundava cada vez mais sua fé no progresso contínuo, na ordem e na ciência, começou forte campanha para a abolição da roda dos expostos. Ela passou a ser

considerada imoral e contra os interesses do Estado. O movimento de extinção partiu inicialmente dos médicos higienistas, horrorizados com os altíssimos níveis de mortalidade reinantes dentro das casas de expostos. Ao mesmo tempo em que vidas úteis estavam sendo perdidas para o Estado, o movimento insere-se também na onda pela melhoria da raça humana, levantada com base nas teorias evolucionistas, pelos eugenistas.

Desse modo, podemos concluir que a instituição da prática da roda dos expostos acompanha o ritmo da influência das ideias de particularidade infantil presentes no contexto europeu, com a particularidade temporal tardia. Primeiramente constituída por um uso indevido de um instrumento do ambiente religioso, assume importância diante de uma realidade presente que aos poucos é tomada como inadmissível, a do abandono do bebê à morte. Afirmamos a relevância da roda dos expostos como instituição que inaugura uma prática de cuidados com o bebê. Sua necessidade, num período em que a representação da criança lhe tornava dispensável, demonstra que ela deveria ser ressignificada. A presença dessa instituição reflete uma transição para uma representação de uma criança que merece ser preservada, mas de forma ainda rudimentar. No entanto, esse processo atingiu grandes proporções para a criança, não cabendo à roda dos expostos suportar as novas exigências impostas pelos novos ideais que se instalavam, o que culminou com sua extinção. Nesse contexto, cada novo nascimento trazia um bebê-potencial, graças aos especialistas responsáveis por mobilizar a sociedade na direção da produção dos homens de amanhã.

2.3.2 Higienismo e eugenia

Segundo Cirino (2001), Marcílio (2006) e Del Priore (2009a), por mantermos uma estrutura rural e escravocrata por um longo período, apenas a partir de meados do século XIX a criança passou a ser valorizada de forma particularizada. Apesar de seu efeito tardio, toda a inovação presente nos discursos referentes à infância chega ao Brasil com influência sobre as práticas familiares, educacionais e médicas que se instalavam no restante das sociedades modernas.

As diversas mudanças de concepção ocorrem dentro de um rearranjo de funcionamento social, pois fatores como a Revolução Industrial e a própria edificação da modernidade convocam novas formas de ser e agir na sociedade. Os valores individuais adquirem importância, pois, se no sistema feudal o destino de cada homem estava traçado a partir de sua posição na hierarquia, agora se espera que qualquer um possa construir seu lugar e destino. O indivíduo ocupa o centro da cena, despertando interesse por qualquer aspecto que

se relacione a ele, como saúde, trabalho, moral, desenvolvimento, inclusive sua infância (CIRINO, 2001).

Uma consequência evidente no contexto industrial é a necessidade de mão de obra, permitindo às mulheres e crianças – protagonistas e filhos da modernidade – participarem ativamente do processo de trabalho, com consequentes efeitos na questão da formação educacional (BOARINI; BORGES, 1998). Com vistas à garantia dessa participação, a criança começa a ser percebida como um ser inacabado, carente e, portanto, individualizado, que necessita de resguardo e proteção (CASTRO, 2007).

De acordo com Cirino (2001), o mercado e a racionalidade estabeleceram relações que revelavam distinções de classes nas práticas que pertenciam à nobreza e à burguesia enriquecida ou aos adultos e crianças do povo. Portanto, a distinção entre crianças e adultos era acompanhada da distinção de classes. A ruptura entre o povo e a burguesia acompanha a ruptura entre o mundo adulto e a infância, consolidando-a como um conceito primordialmente das classes dominantes. A emergência do “sentimento de infância”, atrelada à ideia da família como núcleo restrito de pais e filhos unidos por sentimentos íntimos, é que permite o pensamento em que a criança é o “homem de amanhã”.

Desse modo, a criança pode existir como objeto de conhecimento, de afeto e passa a ser pensada a partir dos referenciais de improdutividade, irresponsabilidade, fragilidade, dependência, inocência, ternura, vulnerabilidade, alheamento à problemática das relações sociais e políticas etc. Mais tarde, com o reconhecimento pela burguesia de uma especificidade da criança como algo natural, surgem instâncias para seu cultivo e conhecimento científico e teórico através das práticas especializadas (BOARINI; BORGES, 1998).

Somente na segunda metade do século XIX, a partir do conhecimento da teoria evolucionista de Charles Darwin, podemos perceber a emergência da representação da criança como base física e também emocional do adulto. No novo paradigma, os mecanismos essenciais da evolução dos seres vivos seriam a luta pela vida e a seleção natural, e o homem se torna apenas uma continuidade do animal, mais uma espécie na ordem da natureza, distante de uma origem divina cultivada pela concepção religiosa. O interesse de Darwin encontrava-se nas relações entre natureza e cultura, assim como na transformação do recém-nascido, tão semelhante aos animais, em um adulto integrado socialmente. Sua influência obrigou a revisão de diversas disciplinas que tinham relação com o homem, assim como favoreceu a criação de novas disciplinas, como antropologia, sociologia, psicologia comparada e psicologia evolutiva (CIRINO, 2001).

Segundo Veiga e Faria (1999), no Brasil, estabeleceu-se nas cidades o projeto de medicalização da sociedade, na segunda metade do século XIX, por meio da saúde pública¹³. Teria o objetivo não só de produzir novos hábitos e comportamentos nas populações, mas também controlar as atividades perigosas à vida social. Nessa época é difundida a ideia de que as disposições morais das pessoas são condicionadas pelas circunstâncias físicas. Desse modo, segundo os autores, a ciência médica naturaliza a moral, possibilitando sua introdução na sociedade com o objetivo de formar ou reformar física e moralmente o cidadão, civilizando-o e urbanizando-o. Diante os males da sociedade, atuar sobre os seus componentes pode prevenir e controlar os graus de periculosidade existentes.

Fica claro uma particularidade colocada pela realidade brasileira, ao receber a influência dos ideais modernos nas formas de ser e agir na sociedade. Enquanto no contexto europeu encontramos o progresso industrial como norteador do desenvolvimento da educação e de disciplinas que garantissem a qualidade da mão de obra necessária ao funcionamento dessa indústria maquinária, o contexto brasileiro já exhibe uma preocupação distinta. O desenvolvimento industrial lento e as marcas do sistema colonial, principalmente a escravidão, direcionaram o olhar dos especialistas para as mazelas existentes em nosso país, sendo necessário controlar a desordem, a imoralidade, a sexualidade desregrada, as doenças e falta de asseio, relacionadas às classes pobres, e criadoras de problemas na sua inserção social. Portanto, ao nos questionarmos sobre as práticas de cuidado decorrentes desse contexto, teremos em mente sua singularidade diante das influências dos ideais europeus. Percebemos que a criança assumirá, também no Brasil, papel importante na intervenção higienista, principalmente em decorrência dos altos índices de mortalidade infantil.

O higienismo, segundo Veiga e Faria (1999), relacionou-se a um campo amplo de intervenção, vinculando-se à necessidade de mudanças de hábitos relativos ao trato do corpo e dos espaços, além de revelar a necessidade de combater as práticas empíricas das pessoas no trato de sua saúde. Essas seriam substituídas por uma determinância médica baseada em amplos estudos e pesquisas das relações entre herança e meio. Ao mesmo tempo em que se preocupavam em erradicar as doenças presentes nas classes pobres, as intervenções dos médicos higienistas buscavam evitar a contaminação das outras classes.

A partir desse momento a infância ganha um novo lugar nas discussões teóricas. Os médicos higienistas, influenciados pelo novo paradigma darwinista, são avessos ao alto índice

¹³ Área dos conhecimentos e das ações relacionadas com a proteção e aperfeiçoamento da saúde coletiva, além do conjunto das normas, instituições e serviços que se ocupam do saneamento ambiental, da atenção primária à saúde (inclusive o diagnóstico precoce, o controle das infecções, a higiene materno-infantil etc.), da coleta de dados epidemiológicos e sua análise para um planejamento adequado da política de saúde. (REY, 2003).

de mortalidade infantil, visto como atestado de incompetência, imprudência e ignorância de qualquer um que se ocupasse dos cuidados com a criança, ou seus responsáveis. Nesse sentido:

O saber médico confrontou-se, então, aos valores sociais e religiosos, dominados por uma mentalidade pré-científica. Como representante do saber científico, o médico tornou-se sacerdote do corpo e da saúde, com a tarefa de definir o que era 'bom' ou 'mau' para os indivíduos, suas famílias e a população (CIRINO, 2001, p. 31).

Segundo Cirino (2001), conclui-se que diante da irresponsabilidade da família colonial com a qualidade de vida das crianças, a instituição familiar deveria sofrer transformações. Os higienistas defendiam a ideia de uma nova família, que contaria com uma participação mais justa e equitativa entre homens e mulheres, não mais proprietários da criança, mas tutores responsáveis pela proteção material e educacional de seus filhos. Estes seriam criados para amar e servir à humanidade, à nação – seu verdadeiro proprietário – e não apenas ao pai. Nessa nova concepção, a criança pode ser moldada com a utilização de pequenos hábitos exercidos cotidianamente pela disciplina física, intelectual e moral, através de uma regulação autônoma e automática do comportamento infantil através do remorso e do amor-próprio ferido, dispensando os castigos corporais. Para uma nova criança, uma nova família. Ainda segundo Cirino:

A ideia de nocividade do meio familiar foi o grande trunfo que os higienistas utilizaram para se apropriarem medicamente da infância. Sua intervenção revelaria os segredos da vida e da saúde infantil, prescrevendo a boa norma de comportamento familiar dos adultos, visando à proteção da saúde de toda população (CIRINO, 2001, p. 32).

Como nos contam Veiga e Faria (1999), com ênfase maior na hereditariedade e no determinismo biológico, o eugenismo também ganha destaque em nosso contexto. É definido como um conjunto de métodos que visam melhorar o patrimônio genético de certos organismos vivos, primeira manifestação da genética, ligada ao nascimento da biologia moderna e especialmente ao darwinismo. Os especialistas consideravam o mundo moderno como palco de contradições. Por um lado, os progressos da ciência e da máquina, de outro a degenerescência dos corpos, das mentes e dos costumes. As propostas dos eugenistas vão desde os que defendem a eliminação física de indivíduos inferiormente dotados biopsicologicamente, até aqueles que apoiam a ideia de sua esterilização e o encorajamento da reprodução entre indivíduos considerados superiormente constituídos.

No Brasil, os ideais eugênicos giravam em torno do desenvolvimento de estudos e pesquisas a respeito do código genético e da carga hereditária de pessoas, não no sentido de eliminar fisicamente os inconvenientes, mas de estabelecer lugares específicos para reformá-los, quando a cura não era possível. Como exemplo, a ênfase colocada na necessidade de produção de dados acerca das crianças, que fossem organizadores dos índices de normalidade, de anormalidade ou de degenerescência é a fundamentação básica da produção de um estudo científico de caráter eugênico. No discurso costumeiro das elites intelectuais, a criança é o alvo central, sendo entendida como base da estrutura social (VEIGA; FARIA, 1999).

Ainda segundo Veiga e Faria (1999), no contexto estudado o trabalho é defendido como meio de regeneração social. Sendo assim, não nos surpreende que as principais necessidades da sociedade fossem a formação para o trabalho além da incorporação de atitudes positivas frente ao trabalho. Com base nesses fatores, temos as diretrizes da educação nos institutos de regeneração das crianças pobres, graças à sua trajetória social e o perigo que ofereciam à sociedade.

Aqui se localiza um ponto central acerca da criação de tecnologia voltada para o diagnóstico precoce de doenças graves. Temos o início da preocupação higienista que se dirige à diminuição da mortalidade infantil atrelado ao processo de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e suas particularidades. Daí seu destaque como objeto de teorização, de práticas educacionais, higiênicas e científicas. Nessa perspectiva é que se desenvolvem a pedagogia, a pediatria, a puericultura, a psicologia do desenvolvimento e demais “especialistas”, que legitimados pela autoridade concedida através do saber científico, construirão a infância. “Uma infância que requer ‘especialistas’ não é, certamente, uma infância qualquer, mas, sim, uma que supostamente necessita de um séquito de ‘conhedores’ para lhe revelar sua verdade.” (CASTRO *apud* CIRINO, 2001, p. 22). Todo o esforço se dirige à produção de adultos convenientes aos ideais da sociedade que eles constituem, ou seja, dentro dos ideais da burguesia em ascensão. “Tratava-se de ter crianças que permanecessem vivas para servir à nação.” (ANSERMET, 2003, p. 56).

Dessa forma, nos é possível estabelecer claramente a relação entre o desenvolvimento de tecnologia voltada ao diagnóstico precoce de doenças graves no bebê e o contexto histórico que cria uma nova concepção de infância. Para que a criança se mantenha dentro do projeto que lhe é designado na perspectiva higienista, como indivíduo saudável física e mentalmente, garantindo o sucesso do ideal moderno do trabalho e do progresso da raça humana, faz-se uso cada vez mais presente de dispositivos que permitam esse objetivo. Pode-se produzir uma criança que não vá desapontar os especialistas ao ocupar seu lugar no plano que lhe é

designado no projeto da nação, criando tecnologias cada vez mais especializadas em se antecipar a qualquer empecilho que possa ser reparado. No caso particular brasileiro, inclui-se não só aspectos físicos, como doenças, mas aspectos sociais, como correção de índices de criminalidade, alcançada por meio da inserção social no trabalho. A transformação do contexto colonial e imperial não impediu a presença de seus resquícios no período republicano, revelando o ponto de discussão acerca das tensões presentes numa progressão aparentemente evolutiva de desenvolvimento teórico-técnico. As antigas marcas do bebê-dispensável foram recobertas por inúmeros procedimentos médicos e pedagógicos necessários a criação do bebê-potencial, e sua nova passagem não se faz pela roda dos expostos ao abandono, mas expostos aos cuidados tais como das triagens genéticas que buscam definir antecipadamente seu lugar no funcionamento social e corrigir possíveis discrepâncias a tempo de ser reinserido com sucesso, como definido pelos ideais vigentes¹⁴.

Consideramos que a prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê é herdeira desse contexto histórico, primeiramente por combater claramente a questão da mortalidade infantil, no que se mostra verdadeiramente eficaz e indispensável. Acreditamos ser possível encontrar elementos dos contextos explicitados anteriormente em nosso contexto histórico atual. Com a ampliação crescente dos métodos de diagnóstico precoce de doenças graves, utilizando o raciocínio desenvolvido até aqui, não nos surpreende responder que uma multiplicidade de traços culturais coexista simultaneamente, e particularmente no contexto atual de crescente globalização e transformações aceleradas, uma acentuação da reafirmação do cuidado com a criança pode estar atrelada a um aumento das incertezas sociais. Como efeito, temos o discurso jurídico, que permite esboçar uma certa representação de criança que também se faz presente no contexto da prática do diagnóstico precoce.

2.3.3 Sujeito de direitos

Com a proclamação da República, como nos conta Passetti (2009), esperava-se um regime político democrático voltado às garantias do indivíduo numa sociedade de território amplo e de natureza abundante. Porém, o século revelou uma crescente crueldade contra crianças e jovens gerada no próprio núcleo familiar, nas escolas, nas fábricas, nos internatos,

¹⁴ Como exemplo, citamos um trecho do relatório da UNICEF (2008a): “Está comprovado cientificamente que é na primeira infância que a criança desenvolve grande parte do potencial mental que terá quando adulto. Sendo assim, essa fase constitui-se uma janela de oportunidades. A atenção integral nessa faixa etária influencia no sucesso escolar, no desenvolvimento de fatores de resiliência e auto-estima necessários para continuar a aprendizagem, na formação das relações e da autoproteção requeridas para independência econômica e no preparo para a vida familiar e comunitária” (UNICEF, 2008a, p. 8).

nas ruas. As dificuldades da vida levaram os pais a abandonarem cada vez mais os filhos, nascendo daí uma nova ordem de prioridades no atendimento social, elevada a problema de Estado com políticas sociais e legislação específicas.

A partir do Brasil República, fica evidente a distinção entre a criança rica e a criança pobre. Foi reservada à primeira atenção tanto das políticas da família quanto da educação, no intuito de prepará-la para dirigir a nação. A segunda era considerada objeto de controle especial, pois pertencia às classes mais baixas e, portanto, perigosas. Foi estigmatizada como “menor”, devendo ser preparada para o mundo do trabalho (MARCÍLIO, 2006). A primeira legislação específica para a infância no Brasil, em 1927, tinha como objetivo exercer controle sobre essa fração de crianças desamparadas e delinquentes, sendo denominada Código de Menores. Esse conjunto de leis é renovado em 1979 com a adição de modificações que, entre outras, indicava a criação de instituições de assistência e proteção ao menor, pelo Poder Público, para triagem, observação e permanência dos menores, denominadas Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, as conhecidas FEBEM. O projeto sofreu grandes prejuízos com relação à sua concepção, entendido primeiramente como um centro especializado ao menor, mas que se tornou na prática um intensificador da criminalização da pobreza, a partir de internações por tempo indeterminado, em decorrência de falta ou carência de recursos financeiros (CIRINO, 2001).

Teríamos, então, dois tipos de infância. Uma, incluída na cobertura das políticas sociais básicas, seria formada por crianças e adolescentes, controladas e socializadas pela família e pela escola. A outra, excluída das famílias e das políticas sociais, constituiria o contingente dos menores, alvo de um controle sociopenal diferenciado [...] (CIRINO, 2001, p. 34).

O autor nos lembra ainda que, durante um longo período, não foi assumido pelo Estado brasileiro, verdadeiramente, a responsabilidade pela assistência da infância das classes mais baixas, dependente da caridade individual e filantrópica. As funções estatais limitavam-se ao estudo, controle de assistência e repressão do menor desviante. Seu papel como interventor e principal responsável pela proteção e assistência à infância em situação de risco iniciou-se somente nos anos 60, influenciado pela Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959. A partir desse momento, todas as crianças passam ao *status* de sujeito de direitos e o Estado é designado como responsável em garantir essa nova posição. Com uma intensa mobilização social, política e jurídica foi possível, em 1990, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde todas as crianças e adolescentes, e não apenas os antes denominados menores, eram contemplados. Agora, a categoria criança e adolescente é

definida e diferenciada cronologicamente, sendo a primeira até doze anos de idade incompletos e a segunda entre doze e dezoito anos, ambas consideradas como “pessoas em desenvolvimento”, o que lhes confere direitos especiais. As leis anteriores que discorriam sobre o bem-estar do menor e sobre o Código de Menores perdem efeito, sendo substituídas pela doutrina da proteção integral. Ela representa a transição do menor como alvo da compaixão, tutela e repressão familiar, parental e política, à criança e adolescente como sujeito de direitos civis, humanos e sociais. Essa nova visão sociojurídica designa à família e ao Estado a missão de proteger, sem distinções, a criança e o adolescente, um dever de toda a sociedade (CIRINO, 2001).

Desse modo, podemos produzir um entendimento acerca das representações da criança expostas até o momento. A criança inexpressiva do período colonial, indevidamente cuidada pela roda dos expostos foi gradualmente recoberta pelos inúmeros procedimentos higienistas que se ocupavam de cuidar de sua formação enquanto cidadão, produzindo bebês-potenciais. Por outro lado, como não compartilhamos de uma concepção evolutiva do desenvolvimento de práticas de cuidado com a criança, e, especialmente, o bebê, não estabelecemos uma relação entre ausência de cuidados relativa ao período colonial em oposição ao período republicano. Reconhecemos uma precariedade nos cuidados própria ao período colonial, comparada a maneira como os conhecemos hoje, o que não impediu a busca por proteção via roda dos mosteiros, ao ponto de se tornar uma instituição de cuidado. Assim, uma prática primeiramente indevida permitiu a produção de novas representações do bebê, a partir da influência dos ideais modernos, que em conjunto produziram o bebê cidadão.

O higienismo e a eugenia trazem uma representação particular da criança que toma um colorido intenso quando nos detemos nas práticas de cuidado com o bebê, por carregarem a bandeira da proteção explicitamente. Porém, não são os princípios higienistas que criam a necessidade de cuidado com o bebê. O surgimento de uma representação de bebê-projeto é quem cria a necessidade de princípios e práticas de cuidado com a criança que permitem a produção desse mesmo bebê. Isso só pôde ser depurado a partir dos elementos fornecidos pelos campos sócio-históricos. Num novo contexto social que exige por seus ideais a presença de um bebê-potencial, o uso de técnicas e práticas dirigidas a esse objetivo é justificado. A criação de práticas de cuidado com o bebê é consequência da exigência imposta pelos ideais sociais que definem o neonato como alvo de zelo.

Foi preciso recobrir novamente a criança-dispensável e a criança-projeto pelo discurso jurídico, suprimindo as diferenças de classe, cor, raça, gênero, que evidenciavam nosso doloroso passado. Daí seria possível produzir o sujeito de direitos, através da criação de

normas balizadoras desse objetivo. Quando nos deparamos com inúmeras notícias de descaso, abandono e violência infantil, o discurso promulgado pelo ECA nos parece uma promessa não cumprida, um formalismo abstrato, nas palavras de Cirino (2001). Segundo o autor, se por um lado a criança é transformada em objeto de diversos tipos de abusos – sexuais, físicos e sociais –, quando conseguem ser incluídas numa nova realidade educacional ou de promoção da saúde, são novamente tratadas enquanto objeto de diferentes avaliações, seleções, classificações e orientações. Incluímos aqui o crescente catálogo das categorias diagnósticas e suas consequentes denominações, como “ele é down” ou “fenil”, ao se referir aos pacientes com Síndrome de Down ou Fenilcetonúria. Criam-se novas formas de exclusão e segregação que ainda impedem o sucesso do discurso jurídico atual acerca da infância e da criança enquanto sujeito de direitos.

Quando eficaz, o discurso universalizante que promove o regime do “todos iguais”, presente nas Constituições e no próprio ECA, carrega consigo o efeito excludente inevitável, incessantemente negado, mas percebido invariavelmente em todas as práticas que incidem sobre o sujeito. A abrangência das leis não inclui a abertura ao particular, à singularidade de cada criança, revelando seu paradoxo ao conceder a palavra a toda criança, segregando ao mesmo tempo a particularidade dessa palavra. “A criança é investida como centro da família, tornando-se ‘ser social’, antes de distinguir-se como ‘ser individual’.” (VORCARO, 2004, p. 27). A definição do sujeito como cidadão impede o reconhecimento de sua especificidade, e sua verdade se perde no universal (CIRINO, 2001). Esquece-se do que faz aquela criança única, em meio aos sujeitos de direitos.

Graças aos instrumentos tecnológicos, podem ser alcançados os direitos à saúde e à vida. Assim, o desenvolvimento cada vez maior de tecnologia voltada para esses objetivos é justificado e legitimado. Desse modo, muitas das práticas de intervenção na infância, e de diagnóstico precoce no bebê, são consideradas como direito de todas as crianças, como no caso do PNTN. Essa conquista permite que todas as crianças tenham maiores chances de sobreviver, crescer e desenvolver suas potencialidades. Nesse mesmo intuito, nos questionamos sobre os efeitos subjetivos do diagnóstico precoce naquele neonato cuja subjetividade se forma. Para tanto, interessa-nos examinar a leitura que se faz do bebê na prática da triagem neonatal.

2.3.4 Os intérpretes do bebê

A inauguração de práticas que sustentassem o novo sentido dado ao neonato foi motivada pelo reconhecimento do bebê como algo a ser interpretado. O corpo do bebê passa a ser lido com o objetivo de identificar aos possíveis sinais de progresso no desenvolvimento, assim como os de ameaça à vida. A lente de leitura utilizada é marcada pela predominância do discurso tecnicista e científico, inegável nos atos que se dirigem à criança até a atualidade. Nas palavras de Vorcaro (2004):

Enfim, na modernidade, a tomada da criança pelo discurso introduziu sua importância, até conferir-lhe posição de extremo privilégio – lugar próprio para a aposta do futuro da civilização. Conhecê-la sob todos os ângulos, cuidá-la para que se previnam todos os riscos, superar os efeitos danosos do meio familiar ao seu florescimento eficaz, otimizar suas potencialidades são imperativos asseguradores do controle das incertezas do futuro da civilização e esperança de garantia da estabilidade social (VORCARO, 2004, p. 33).

Diante da necessidade imposta pelo campo social do projeto de redenção da comunidade humana, localizada no futuro, incorporou-se o cientificismo como ordenador da individualidade da criança, de maneira transparente e predominante, como afirma Vorcaro (2004). Onde esse direcionamento científico falhava, permitia-se uma cientificidade relativizada, e as obscuridades encontradas eram atreladas à promessa de um saber futuro ainda desconhecido. Quando não, negociava-se essa margem pelo polimorfismo de sentidos. Na distribuição de responsabilidades jurídicas e civis, era preciso dar à condição de criança uma avaliação precisa. Suas manifestações foram ordenadas cronologicamente e assim classificadas de tal maneira que pudessem ser compartilhadas e acompanhadas, dentro de uma quantificação que supostamente revelava o progresso da criança e, principalmente, sua distância dos parâmetros da normalidade. A partir de escalonamentos da inteligência, ou psicopatologia, puderam se desenvolver várias terapêuticas preventivas, responsáveis pelo futuro promissor da criança (VORCARO, 2004).

A autora também nos explica que, no contexto moderno, duas perspectivas de avaliação da criança se destacam. Primeiramente, uma perspectiva orientada pela ciência ideal, que implicava tratar a condição de criança enquanto uma medida exata dada pela quantificação numérica. A partir da definição de uma unidade de medida própria, encontrada na métrica cronológica, ou seja, na relação entre a criança e a linearidade do tempo, viabilizou-se a urgência classificatória. Teríamos o acúmulo somatório dos meses e anos, contados em idade desde o nascimento, metrificando a condição de criança a tal ponto que a

dimensão do tempo não só a definiria, mas se tornaria a meta prévia do que ela deveria atingir, a cada faixa etária. Essa linha do tempo distribui, a partir da média estatística da idade de aquisição de habilidades, segmentos que significam aquisições acumuladas até a idade adulta, representada como etapa do somatório final de conhecimentos. A criança é localizada como coincidente à idade do organismo. Nessa perspectiva, normalidade e patologia são detectadas e distinguidas usando o parâmetro da escala de medida. Ou a criança equivale à média estatística, ou se distancia, a partir de avaliações em provas de conhecimento e habilidades.

Outra perspectiva, que se orienta pelo mesmo ideal, é representada pela psicologia genética. Nesse caso, a medida numérica não é determinante, mas antes níveis de qualidade que determinam distâncias e diferenças nos tempos de criança, segmentações denominadas estágios de desenvolvimento. A data cronológica constante não é determinante nesse caso, e o desenvolvimento da criança é visto como ordem de sucessão fixa, distinguida por etapas sucessivas, dentro de uma hierarquia. Parte-se da noção de uma progressão fixa de etapas necessárias para o alcance da maturidade adulta, em que uma nova etapa configura uma segmentação temporal de superação do que lhe antecede, avançando continuamente desde a simplicidade da ação à complexidade do pensamento abstrato. Apresentam-se aqui também certas leituras de alguns textos freudianos que permitem a suposição de um escalonamento de estágio de desenvolvimento sexual, a partir de fases progressivas de maturação dos instintos, diferenciadas como oral, anal, fálica e de latência, que culminam na maturidade da fase genital (VORCARO, 2004). Percebemos que a psicanálise não escapa imune à influência dos ideais sociais, porém hoje essa questão foi revista por discussões teóricas relevantes. Outro ponto importante é que a primeira perspectiva apresentada, a orientada pela ciência ideal, não é abandonada totalmente na lógica apresentada pela segunda perspectiva, hoje privilegiada nas práticas que se ocupam da infância. Há um limite cronológico na possibilidade de superação dos estágios de desenvolvimento que não foi abandonado pelos defensores da perspectiva da psicologia genética.

No contexto do diagnóstico precoce de doenças graves, especificamente no caso da triagem neonatal, esses instrumentos são utilizados com o objetivo de avaliar as particularidades dos pacientes acompanhados ao longo do tratamento, como por exemplo, avaliações da inteligência¹⁵. A influência do tratamento no desenvolvimento desse grupo

¹⁵ Sugerimos, para conhecimento do tema, o trabalho de Castro (2008), intitulado *Avaliação da inteligência de pacientes com fenilcetonúria atendidos pelo Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais*, do qual participei como estagiária.

também é investigada. Acreditamos que a triagem neonatal carrega traços dos princípios higienistas e eugênicos ainda identificáveis em nosso contexto. O papel da triagem não pode, indiscutivelmente, sofrer prejuízos em sua importância, pois seria inconcebível devolver às crianças triadas e tratadas o destino da espera por danos em seu desenvolvimento. Apresentamos algumas considerações que buscam esclarecer nossa questão, relativa aos efeitos da prática do diagnóstico precoce de doenças graves na constituição subjetiva do bebê. Para tanto, acreditamos na importância em identificar os diversos elementos que caracterizam essa prática.

Desse modo, é importante ressaltar que o presente trabalho não se aproxima do objetivo de transpor os limites da classificação diagnóstica médica por um modo de observação em que se desconsidera o limite biológico imposto pelo corpo da criança. Não propomos a queda das categorias diagnósticas, a ignorância acerca da realidade da doença genética e sua substituição pelo acolhimento da observação das manifestações da criança, que no caso aqui exposto, culminaria na expressão de sintomas clínicos reais e graves, inclusive a morte. Questionamos: Quais os efeitos de tais práticas na singularidade desses sujeitos? Haveria uma influência sobre as possibilidades de subjetivação da criança? Já sinalizamos que os ideais que dirigem as práticas voltadas ao universo infantil participam da produção da criança que corresponda aos mesmos ideais. Portanto, não consideramos a neutralidade do bebê diante de práticas tão próximas dos primórdios de sua subjetivação.

2.4 Os cuidados com a criança hoje: a triagem neonatal, entre outros

Diante da relevância crescente dos defeitos congênitos como causa de sofrimento e prejuízos à saúde da população (HOROVITZ; LLERENA JR.; MATTOS, 2005), vários especialistas no tema têm se debruçado em divulgar a necessidade de ações de atenção à saúde voltada para essa nova demanda (HOROVITZ; LLERENA JR.; MATTOS, 2005; LEÃO; AGUIAR, 2008; MEIRELLES, 2000; SOUZA; SCHWARTZ; GIUGLIANI, 2002).

A definição de defeito congênito inclui “toda anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto decorrente de fator originado antes do nascimento, seja genético, ambiental ou desconhecido, mesmo quando o defeito não for aparente no recém-nascido e só se manifestar mais tarde.” (HOROVITZ; LLERENA JR.; MATTOS, 2005, p. 1055). De acordo com os mesmos autores, a incidência de defeitos congênitos na América Latina não difere de maneira significativa daquela encontrada em outras regiões do mundo, com aproximadamente 5% dos nascidos vivos apresentando alguma anomalia do desenvolvimento

relacionada a fatores genéticos. No Brasil, as anomalias congênitas passaram da quinta para a segunda causa de óbitos em menores de um ano entre 1980 e 2000. Os autores chamam a atenção do leitor para a utilização dessa expressão “doença genética”, já que, atualmente, praticamente todas as doenças são “genéticas” em algum aspecto, desde, por exemplo, uma predisposição para doenças infecciosas. Ressaltamos que as doenças tratadas aqui se referem às doenças monogênicas, cromossômicas¹⁶ e às malformações congênitas, ou seja, anomalias estruturais presentes no nascimento. Além da alta mortalidade, elas relacionam-se à alta morbidade, ou seja, um maior risco de desenvolvimento de complicações clínicas, internações e gravidade das intercorrências. Outra problemática envolvida é a cronicidade, que significa a necessidade de tratamento contínuo, implicando em altos custos, inclusive custos psicossociais, como trauma psicológico da família, dificuldades de adaptação à sociedade “normal”, inclusive com grande risco de desestruturação familiar (HOROVITZ; LLERENA JR.; MATTOS, 2005).

Uma das principais respostas governamentais aos defeitos congênitos é o PNTN. O termo triagem encontra sua origem no vocábulo francês *triage*, significando seleção, separação de um grupo, ou mesmo escolha entre inúmeros elementos que, em Saúde Pública, assume a ação de detecção de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias, através de testes aplicados numa população (BRASIL, 2002). Os testes da triagem neonatal separam a população de recém-nascidos em dois grupos: um constituído por aqueles que podem ter uma doença, outro por aqueles que não devem tê-la (LEÃO; AGUIAR, 2008).

Segundo Meirelles (2000), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) foi a primeira sociedade médica a adotar medidas oficiais dirigidas à estimulação e organização da triagem neonatal no Brasil. Leão e Aguiar (2008) nos contam que as primeiras experiências começaram na década de 1960. O programa pioneiro foi implantado pelo pediatra Benjamin Schmidt em 1976, na Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de São Paulo, para a triagem de fenilcetonúria¹⁷. Em 1990, o ECA definiu a triagem

¹⁶ A doença monogênica é definida pela condição de uma característica cuja expressão ou intensidade é determinada pela ação de um único gene (HOUAISS, 2009). A doença cromossômica é determinada por alterações na estrutura do cromossomo, como perda cromossômica, aumento do número de cromossomos ou translocações cromossômicas.

¹⁷ A fenilcetonúria é uma doença genética, causada pela ausência ou diminuição da atividade de uma enzima do fígado, que transforma a fenilalanina (aminoácido presente nas proteínas) em outro aminoácido, chamado tirosina. Como não existe a enzima que transforma a fenilalanina em tirosina, a fenilalanina vai se acumulando no organismo e causa lesão no cérebro, ocasionando retardo mental que é irreversível. Durante a gestação a mãe é responsável pelo metabolismo da fenilalanina e, portanto, a criança com fenilcetonúria é normal ao nascimento e as manifestações clínicas só ocorrem entre os 03 e 06 meses de vida (UFMG, 2010).

neonatal como obrigatória¹⁸. Em 1992, o Ministério da Saúde reafirmou a obrigatoriedade da triagem, incluindo a avaliação para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito¹⁹, e acrescentando esses procedimentos à tabela do Sistema Único de Saúde para serem cobrados por qualquer laboratório, incentivando o surgimento dos primeiros programas estaduais. Em 2001 foi criado o PNTN através da Portaria 822, de 6 de junho, do Ministério da Saúde, que ampliou a triagem neonatal para quatro doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme²⁰ e fibrose cística²¹, objetivando atingir a cobertura de 100% dos recém-nascidos vivos (LEÃO; AGUIAR, 2008).

Ainda segundo Leão e Aguiar (2008), um fator que estimulou fortemente o desenvolvimento dos programas de triagem foi o desenvolvimento técnico do procedimento utilizado para análise do material genético, chamado espectrometria de massa em *tandem*. Através dele, é possível realizar a detecção para mais de 40 doenças metabólicas, em uma única amostra de sangue, em aproximadamente 2 minutos. Porém, não são incluídas quaisquer doenças num programa de triagem neonatal, que deve seguir alguns critérios propostos em documento publicado pela Organização Mundial de Saúde.

São eles: a condição a ser triada deve ser um importante problema de saúde; a história natural da doença deve ser bem conhecida; deve existir um estágio precoce identificável; o tratamento em estágio precoce deve trazer benefícios maiores do que

¹⁸ Especificamente, encontramos no ECA, em seu artigo 10: Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: inciso III – proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais (BRASIL, 1990).

¹⁹ O hipotireoidismo congênito é causado pela produção baixa ou mesmo nula do hormônio tireoídiano. Como possui tratamento, é considerado a causa mais comum de retardo mental evitável. Nas crianças pequenas, os hormônios são fundamentais para o crescimento físico e o desenvolvimento do cérebro e da inteligência. Nas crianças com HC a glândula tireoide fica atrofiada e/ou localizada abaixo da língua (UFMG, 2010).

²⁰ A doença falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no Brasil e apresenta já nos primeiros anos de vida manifestações clínicas importantes, o que representa um sério problema de saúde pública no país. Doença falciforme é um termo genérico para um grupo de desordens genéticas cuja característica principal é a herança do gene da hemoglobina S. Este gene determina a presença da hemoglobina variante S nas hemácias. A hemoglobina anômala, diante de certas condições, principalmente a baixa tensão de oxigênio, provoca uma deformidade nas hemácias mudando a sua forma normal, discóide para o formato de foice (daí o nome falciforme). Frente a determinadas condições - como baixa tensão de oxigênio e baixas temperaturas - as hemácias falciformes tornam-se rígidas, aderindo-se à parede dos vasos sanguíneos obstruindo-os e dificultando a circulação do sangue. A forma mais comum e grave da doença é denominada anemia falciforme ou depreanocitose (UFMG, 2010).

²¹ A fibrose cística é um distúrbio funcional das glândulas exócrinas (glândulas produtoras de muco), devido a alterações no transporte de cloro na membrana celular. A redução na excreção de cloro resulta em maior fluxo de sódio para preservar o equilíbrio eletroquímico e de água para a célula, ocorrendo então desidratação das secreções mucosas com aumento da viscosidade. Nas glândulas sudoríparas, a deficiência de reabsorção de cloro resulta em suor hipertônico. As alterações características da doença são suor com concentração de cloreto de sódio acima dos níveis normais (suor salgado), secreções viscosas e espessas, além de maior suscetibilidade a infecções de repetição nas vias aéreas e de colonização crônica por algumas bactérias. Devido a essas características a fibrose cística é conhecida também como mucoviscidose ou doença do beijo salgado (UFMG, 2010).

em estágios posteriores; um teste adequado deve ser desenvolvido para o estágio precoce; o teste deve ser aceitável pela população; intervalos para repetição do teste devem ser determinados; a provisão dos serviços de saúde deve ser adequada para a carga extra de trabalho clínico resultante da triagem; os riscos, tanto físicos quanto psicológicos, devem ser menores do que os benefícios (LEÃO; AGUIAR, 2008, p. S81).

Leão e Aguiar (2008) explicam que a delimitação dos critérios causa discussão e controvérsias entre os próprios especialistas, sobre quantas e quais doenças devem ser triadas por esse método. Por um lado, temos os defensores da realização do maior número possível de diagnósticos, pois, para o pediatra, a essência da sua especialidade é a realização da medicina preventiva. Mesmo que existam doenças que não tenham tratamento, é de grande importância para a família saber o diagnóstico e receber aconselhamento genético adequado. Por outro lado, temos os especialistas que consideram que não há informações suficientes sobre a eficácia das triagens ampliadas e que faltariam pesquisas bem conduzidas sobre o tratamento das doenças. Assim é questionada a estratégia de oferecer resultados sobre um grande número de doenças para as quais há pouca ou nenhuma evidência de benefícios para os afetados²².

Sabemos, neste ponto da discussão, que o desenvolvimento tecnológico não pode ser identificado como único responsável pela sustentação da prática do diagnóstico precoce. Sua sustentação é de tal maneira distante desse aspecto técnico que seu exercício possui critérios para atuação, como demonstrado acima, norteados por ideais científicos. Se nos detivermos neles por um instante, perceberemos que a existência da técnica não sustenta a existência da triagem, pois para o discurso médico deve haver certa garantia de sucesso no seu ato, mas não um sucesso que atinja casos particulares, e sim uma dimensão universal. Esse é o primeiro critério, a relevância como importante problema de saúde. O caso único cai no procedimento jurídico, que vai decidir a responsabilização do Estado em sua garantia de saúde, diferentemente dos casos que se mostram numerosos, já reconhecidos como dignos de intervenção precoce.

Outros critérios que merecem destaque e remontam à questão do sucesso médico são: o conhecimento da história da doença, o estágio precoce identificável e um tratamento que traga benefícios maiores se realizado precocemente. A dificuldade em lidar com o incurável deve ser ultrapassada pela garantia de certa probabilidade de êxito em seus atos. O ponto mais importante na presente discussão diz respeito ao último critério, que não deixa dúvidas acerca do peso do campo médico, pois quaisquer riscos, sejam físicos ou psicológicos, não se

²² Dentre os autores defensores do aumento no número de diagnósticos, Leão e Aguiar (2008) citam os trabalhos de Matern (2002), Howell (2006) e Black (2005). Dentre os especialistas que questionam essa estratégia, são citados Botkin; Clayton; Fost; Burke; Murray; Baily et al (2006) e Marshall (2001).

sobrepõem aos benefícios resultantes do diagnóstico e tratamento precoce. Não queremos discutir a importância da urgência médica nos casos triados, mas gostaríamos de incluir a importância para a constituição subjetiva nesse debate.

Diante da aceleração dos progressos científicos surge a discussão no próprio campo médico acerca de critérios frente o desenvolvimento crescente de tecnologia, pois o que fazer diante da impossibilidade de tratamento de inúmeras doenças que poderão ser identificadas no futuro? Quais contribuições podem ser retiradas do campo psicanalítico para pensarmos a questão subjetiva nesse contexto? Esse tema será desenvolvido no terceiro capítulo.

A conjugação entre o discurso do sujeito de direitos e do discurso médico-científico é consumado pela obrigatoriedade explícita do ECA à realização da triagem neonatal. O discurso universalizante por excelência é a questão do direito à vida, o que garante maior legitimidade à prática. Podemos desde já reconhecer a presença das representações de criança direcionadas pelo olhar biologizante e pelo olhar normativo universal do Direito como norteadores da organização dessa prática. Para além da urgência, principalmente da presença médica na garantia de sobrevivência da criança que carrega uma anomalia congênita, e da necessidade de garantias básicas ao seu bem-estar, propomos a reflexão dos efeitos subjetivos da predominância do discurso médico-científico diante de outros saberes sobre essa criança. Além de garantir o desenvolvimento físico satisfatório dessa criança, poderíamos contribuir de outras maneiras para o florescimento em outras esferas, tais como a psíquica? E, mais importante, essa esfera é afetada pelos elementos característicos dos ideais balizadores da prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê? De que modo?

Ao discutirem sobre os benefícios e riscos da triagem neonatal, Leão e Aguiar (2008) ressaltam entre os benefícios “a detecção de doenças graves e tratáveis antes do aparecimento dos sintomas, prevenido problemas como retardo mental, ou mesmo o óbito.” (LEÃO; AGUIAR, 2008, p. S82). Além disso, a detecção de portadores de algumas doenças também é vista como benefício, por possibilitar o aconselhamento genético e a reprodução consciente. Os riscos apresentados envolvem “deixar de identificar alguns (poucos) recém-nascidos afetados (falso-negativos), causar ansiedade aos genitores nos casos de falso-positivos, detectar alguns casos de falsa paternidade, detectar doenças para as quais o tratamento não é efetivo.” (LEÃO; AGUIAR, 2008, p. S82). Os falsos negativos são apresentados como reflexos de doenças que possuem variantes que só se manifestam mais tarde na vida, levando a um diagnóstico equivocado. A identificação de portadores – ou seja, pessoas saudáveis que são heterozigotas para uma mutação de um gene de doença autossômica recessiva – apresenta desvantagens, pois, ao mesmo tempo em que ajuda no futuro planejamento familiar, pode

criar discriminação e constrangimentos. Para os autores, essa identificação impactaria diretamente no aumento progressivo de recursos para o aconselhamento genético, pela ampliação de tecnologia e do número de doenças detectáveis. Como informado por eles: “Não existem pesquisas clínicas sobre o impacto da identificação de portadores na triagem neonatal” (LEÃO; AGUIAR, 2008, p. S87).

Os benefícios e riscos revelam o embate provocado pelos limites de um discurso universalizante. Algo escapa à uniformização, sejam falso-negativos, sejam falso-positivos, sejam falsas paternidades, sejam doenças incuráveis que se dão a ver. Certo embaraço diante do inexplicável ronda os textos que defendem as práticas de diagnóstico precoce, e algumas respostas a ele expressam-se como críticas ao funcionamento da rede de atendimento, ou esperança no desenvolvimento de técnicas mais efetivas. Os problemas éticos diante dessas intervenções proliferam nas discussões, e tendem a aumentar diante do avanço científico, como o efeito da identificação de portadores, que permanece inabordável pelo discurso médico como foi reconhecido acima. O presente trabalho tentará demonstrar que os efeitos dessas práticas são um enigma, inclusive para os representantes do campo médico, que tentam responder aos seus limites com um discurso universalizante, mas não são totalmente bem-sucedidos. Não pretendemos corrigir esses limites, mas antes contribuir com seu entendimento a partir de uma postura que ocupe outro lugar, buscando novas perspectivas. A observação da inexistência de pesquisas clínicas acerca das consequências da triagem nos é oportuna. Esperamos que nossa discussão participe do início de um conjunto de investigações acerca dos impactos dessas práticas para os envolvidos, pacientes e portadores, permitindo seu avanço.

A triagem neonatal é a iniciativa de saúde pública de pediatria preventiva, ligada à genética, mais conhecida e utilizada em todo o mundo. As doenças triadas em cada país, assim como aquelas triadas em diferentes regiões ou estados de um mesmo país, variam conforme aspectos epidemiológicos, étnicos, sociais, econômicos e éticos, que orientam as decisões políticas de saúde. Porém, não se resume a simples realização de testes para identificar concentrações de substâncias no sangue, e sim um sistema público que garanta que cada resultado esteja ligado a um recém-nascido determinado. Este receberá um teste diagnóstico que, se indicado, será encaminhado ao tratamento adequado. As etapas do processo de triagem são teste laboratorial, busca ativa de casos suspeitos, confirmação diagnóstica, tratamento e seguimento por equipe multidisciplinar (LEÃO; AGUIAR, 2008). A necessidade de uma rede bem organizada é um consenso entre os especialistas (HOROVITZ; LLERENA JR.; MATTOS, 2005; LEÃO; AGUIAR, 2008; MEIRELLES, 2000; SOUZA;

SCHWARTZ; GIUGLIANI, 2002), citando ainda que a existência de um programa de triagem ineficaz é mais prejudicial que sua inexistência, pois gera uma falsa sensação de segurança, consome recursos públicos e não contribui para minimizar as graves consequências das doenças que se pretende rastrear (MEIRELLES, 2000). Nesse sentido, cabe perguntar: quais são os efeitos decorrentes do contexto da prática do diagnóstico precoce na constituição subjetiva?

Segundo Leão e Aguiar (2008), os testes de triagem neonatal não são diagnósticos, apenas permitem a separação da população de recém-nascidos em dois grupos: um que contém aqueles que podem ter uma doença e outro que contém aqueles que não devem tê-la. Dentro desse contexto médico, segue a orientação contida no Manual de Normas Técnicas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal:

Desde a década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal – para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido – e recomenda sua implementação, especialmente nos países em desenvolvimento. Segundo estimativa da OMS, 10% da população brasileira é portadora de algum tipo de deficiência e, dentre elas a deficiência mental representa um sério problema de Saúde Pública. (...) Dessa forma, o PNTN cria o mecanismo para que seja alcançada a meta principal, que é a prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas (BRASIL, 2002, p. 7).

A preocupação evidente relaciona-se à prevenção de casos de deficiência mental, tratada como problema de Saúde Pública, ou consequências provocadas pelas doenças que podem culminar em morte do recém-nascido. O diagnóstico precoce é a ferramenta por excelência que pode garantir o sucesso médico nesses objetivos pré-definidos.

Por outro lado, encontramos o embate entre esse desejo médico e o real da doença que se apresenta nas crianças triadas pelo programa, ou seja, cada salvação implica convívio com o incurável, expresso no acompanhamento e tratamento da doença por toda a vida.

Fazer um bem médico quer dizer introduzir saúde aí onde há doenças, mas fazê-lo justamente aí onde há um tipo de doença que não se pode curar, é um problema. Então, esse desejo médico de fazer um bem justamente pela via médica tropeça na impossibilidade de realizar, por essa via, o que se pretendia (JERUSALINSKY, 2010, p. 14).

Nesses dois trechos procuramos ilustrar uma postura que merece ser colocada em discussão quando se pretende entender o tema abordado no presente trabalho: a busca contínua do discurso médico pela abordagem dos fenômenos clínicos em sua exaustão, que esbarra num limite real. Ao apresentarmos anteriormente a definição das anomalias

congênitas e sua incidência, percebemos claramente a preocupação com o limite real imposto pela presença da doença ao longo da vida dos pacientes. Portanto, o mal-estar decorrente da convivência com o incurável fica evidente desde o princípio, pois os inconvenientes dessa situação são descritos enquanto mortalidade, morbidade e cronicidade. Temos todos os limites que escapam ao desejo de curar num mesmo lugar: risco de morte, complicações clínicas e tratamento ao longo da vida. Inclui-se o prejuízo psicológico e social decorrente de uma doença congênita, o que já é reconhecido pelo discurso científico atualmente. Fica clara a presença do psicólogo nas equipes multidisciplinares de atendimento aos pacientes e seus familiares, como figura que preenche um lugar de inabilidade do discurso médico diante de uma demanda de escuta, por exemplo. Desse modo, diante da representação de criança que é enfatizada nesse contexto, é possível encontrarmos convergências entre campos de saber distintos? Como lidar com os pontos de tensão?

O resultado de exame, na triagem neonatal, por si só não garante a correspondência à categoria diagnóstica, mas sinaliza em sua direção, cabendo ao clínico interpretar o conjunto de sinais disponíveis. O quadro se sobrepõe à visão da singularidade dos pacientes, que apenas são base para emissão de sinais recolhidos pelos especialistas. O que ainda incita nossa discussão é a busca incessante de sinais que possam ser lidos, e sua leitura não se resume a um ato passivo de espera pela sinalização, mas torna-se uma busca ativa e ininterrupta de novos sinais, objetivando seu esgotamento, através de instrumentos que permitam sua localização.

Como exemplo, temos o desenvolvimento do diagnóstico pré-natal, que segundo Pinto Júnior (2002), é um procedimento ainda relativamente caro e que cresceu rapidamente graças ao desenvolvimento veloz das técnicas genéticas. É descrito pelo autor como a invasão do ninho fetal para obtenção de material do produto gestacional e, assim, proceder a diagnósticos cada vez mais precisos. Isso possibilita à medicina o desenvolvimento de métodos de tratamento intraútero e de correções fetais, conduzindo ao campo que se chama medicina fetal. Diversas técnicas são descritas pelo mesmo autor, incluindo a denominada diagnóstico pré-implantação, que se propõe, a partir da biópsia do embrião com oito células, estabelecer seu diagnóstico em menos de 24 horas, a partir de uma única célula.

Diante dessas práticas, Ansermet (2003) se pergunta:

Como se pôde passar da imagem de um bebê espinal, biologicamente capaz de produzir apenas reflexos imaturos, ao de um bebê competente, até mesmo de um feto competente, que atravessa uma maturação progressiva cujo começo não sabemos onde está? A ponto de reduzir o nascimento a um mero epifenômeno, com o meio ambiente extra-uterino apenas substituindo o ambiente uterino.

Aparentemente, passamos da representação do recém-nascido como um ser arcaico que emerge vez ou outra de um sono fetal, um organismo reflexo a serviço da satisfação das necessidades, à representação de um bebê de organização complexa, totalmente presente, competente, capaz de aprender e apresentando níveis de funcionamento completos e diversificados. A partir de gravações eletroencefalográficas, pensamos identificar o sonho do feto. A partir da excitação ótica, o olhar. Da vibração do ouvido, passamos à idéia de que ele escuta, reconhece os sons e os compreende. Interpretamos sua mobilidade como atos dirigidos, orientados para um objetivo. Não se trata de contestar aqui a existência de competências perceptivas, porém não podemos confundir o organismo com o ser vivo, a função fisiológica com a atividade psíquica (ANSERMET, 2003, p. 57).

Diante de um quadro de doença congênita, como nos casos abordados pela triagem neonatal, como podemos compreender a dimensão subjetiva? Estaria ela totalmente dissociada do organismo biológico? Em seu trabalho intitulado “Doenças Graves na Infância”, Vorcaro (1998) discute, a partir da análise desses três termos do título, o que se adere ao déficit orgânico nas patologias infantis. Lembra-nos que o desenvolvimento do organismo e a lógica da estruturação do sujeito são dependentes concomitantes, como nos ensinou Freud. Assim, é necessário distinguir a incidência das ameaças ao desenvolvimento pleno sobre a estruturação do sujeito.

Para a autora, o valor de ideal atribuído à criança recobre sua atualidade, em suas palavras, “a importância do que a criança é define-se pelos signos que permitem supor o que a criança será” (VORCARO, 1998; 2004, p. 34). Se sua saúde é colocada em risco, assim também sua potencialidade realizadora. O que lhe resta quando ela carrega um risco de não responder desse lugar de promessa da civilização?

Vorcaro (1998) nos responde que, apesar da estruturação do sujeito psíquico não se resumir ao orgânico, uma doença grave pode decidi-la quando a síndrome se torna o traço através do qual o sujeito será reconhecido pelos pais e agentes do tratamento. A criança-sujeito, singular, se perde em meio ao organismo em risco e a impotência diante da doença não permite que a criança real coincida com a criança idealizada. Assim, o desejo de um filho ideal é suspenso pelos pais. Os agentes materno e paterno são destituídos da posição de portadores do saber sobre a criança, que é transferida ao agente especialista. A insuficiência da criança se torna insuficiência dos pais. Conclui-se que a leitura da criança e de suas manifestações fica deslocada do referencial do casal parental. O “diagnóstico parental” acerca do que se passa com a criança é deposto. O prognóstico tem primazia a ponto de antecipar o adulto que a criança será e se torna referência fixa em que os pais orientam seu laço com a criança. Se o seu desejo não pode mais ser bússola, o saber da ciência ocupa esse lugar. Dessa forma, ele funciona como sentença que dá sentido aos atos e falas da criança excluindo sua singularidade subjetiva. Como consequência principal, as manifestações da criança são

desprovidas de importância, o que revela um dano imaginário no laço social, e a gravidade suposta da doença estende-se à significação própria à criança como ameaça. No presente trabalho, apesar de não se tratar do ponto central na discussão, a compreensão das relações entre os pais e a criança é imprescindível para o raciocínio proposto.

Para Coriat (1997), muito se fala acerca dos passos e mecanismos no desenvolvimento neurológico e cognitivo dos bebês e crianças pequenas, o que garante um conhecimento importante a respeito dos alimentos e estímulos necessários e imprescindíveis a eles. Porém, tanto saber se coloca como problema na medida em que interfere no puro gozo²³ da relação mãe e filho, onde essa mãe encontra-se dirigida por outro, o especialista, que sabe o que convém ao seu filho. A clínica científica tem registrado grande quantidade de signos de forma sistemática cuja presença ou ausência semeia alerta ou tranquilidade. A tendência atual da nossa cultura seria a de suprir a deficiência orgânica dos bebês que nascem com problemas por meio de uma atividade excessiva dos adultos que cuidam deles através de inúmeros exercícios que preencheriam sua insuficiência. A onipotência do discurso científico busca recobrir a impotência de curar, “preenchendo os buracos da cadeia significante parental²⁴ com um saber que pretende abranger a falha da criança, recobri-la com um nome e, em certa medida, resolvê-la.” (JERUSALINSKY, 2010, p. 15).

Boa parte do trabalho do psicanalista consiste em operar sobre os preconceitos pseudocientíficos acerca dos efeitos das patologias orgânicas, verdadeiros mitos pré-fabricados que afetam tanto os profissionais quanto os pais em seu esforço de lidar com um real sempre doloroso. A origem da própria psicanálise localiza-se nos limites da medicina, onde acabavam os recursos dos médicos para aliviar certo tipo de sofrimento humano, ou mesmo solucionar um sintoma. Não se trata aqui de ignorar os limites impostos pelo real do corpo no desdobramento da vida de um sujeito. Porém, o modo como os pais significam o significante²⁵ do diagnóstico é transcendente para o futuro desse possível sujeito (CORIAT, 1997).

²³ O conceito de gozo sofreu transformações ao longo da teoria psicanalítica. No contexto citado, refere-se à dupla direção da relação mãe-bebê, em que a mãe é para o bebê objeto primordial de satisfação, assim como o bebê ocupa lugar de objeto de satisfação para a mãe, configurando o estabelecimento de um laço que busca uma satisfação ilusória de completude.

²⁴ Trata-se do conjunto de representações que ordena o discurso parental, seu recurso simbólico, as palavras e as relações entre elas estabelecidas pelo par parental, a influência cultural, suas fantasias e toda história que precede a existência do bebê.

²⁵ Conceito desenvolvido por Saussure em seu Curso de Linguística Geral. Nesse texto, o elemento fundamental no sistema da língua é o signo linguístico, formado pela relação entre significado e significante. Este é definido como imagem acústica, uma impressão psíquica do som, forma de representação sensorial, só adquirindo valor dentro dessa relação. Em Lacan, o significante recebe a primazia sobre o significado em razão do interesse do autor pelo uso particular do signo linguístico, e é definido como aquilo que representa o sujeito para outro

A psicanálise constitui-se em um conjunto teórico e um percurso clínico que não se limita a prescrever o futuro da criança diagnosticada precocemente. Nesse contexto, sustentar a espontaneidade da relação dos pais com seu bebê é possibilitada por uma escuta que devolva ao desejo que os habita, abafado pelas orientações científicas, o lugar de verdadeiro ordenador da vida e do futuro do neonato. O lugar da psicanálise é marcado pela possibilidade de invenção, regida pelo desejo, de um destino singular a cada novo nascimento. Oferecer essa postura de trabalho através de um lugar de escuta é função do psicanalista, que, quando aproveitado, pode trazer grandes benefícios aos casos onde surgirem obstáculos para o tratamento do bebê. Esse trabalho caminha, portanto, ao lado dos inúmeros especialistas; porém, através de sua especificidade, mostra-se essencial para receber as demandas dirigidas seja pelos pais ou pelos especialistas, que encontrarão ressonância para o avanço do tratamento.

Buscar corrigir no início da vida quaisquer empecilhos de garantia do futuro da criança é um elemento da prática de diagnóstico precoce, como se fosse possível corrigir uma história em que se antecipa a possibilidade de fracasso. Para Ansermet (2003), nossa história carrega armadilhas:

Não escolhemos nossa origem, não podemos mudá-la. Ela é prévia a nós, não depende de nós, participa na determinação do nosso vir a ser. Somos modelados pelo que nos precede e não temos de fato acesso a isso. De onde viemos? Saídos do ventre materno, semeados pelo pai, podemos remontar a várias gerações até nos perdermos na noite dos tempos. Toda existência é sempre segunda. Não somos autógenos. Não podemos nos criar. Permanecemos em dívida com o que nos precede. E, no entanto, não conhecemos o que havia antes de nós, exceto por fragmentos reconstruídos a posteriori. A origem é a um só tempo determinante e inacessível (ANSERMET, 2003, p. 107).

Desse modo, nossa origem está totalmente assujeitada ao contexto sócio-histórico e as representações que nos precedem. Norteiam nosso surgimento enquanto um produto dos entrecruzamentos da cultura, da história, de nosso aparato biológico, do contexto familiar, das práticas que nos acompanham. Assim, não podemos deixar de discutir a influência da prática do diagnóstico precoce de doenças graves do bebê na constituição do sujeito psíquico. Ela carrega a influência de um contexto sócio-histórico e de certas representações de criança na trama que compõe sua existência. Essa prática, no entanto, aproxima a esfera do conjunto dos elementos que a constituem às particularidades que precedem cada criança, sua esfera

significante, ressaltando seu valor relacional, além da propriedade principal, que é nada significar. É utilizado aqui em seu sentido psicanalítico de inscrição psíquica, de elemento do discurso que assume um valor particularizado para o sujeito.

singular. Dessa aproximação, uma multiplicidade de arranjos garante o colorido que define cada sujeito enquanto único. Seria possível identificar o peso da prática do diagnóstico precoce no colorido que define o bebê?

Quando a nomeação diagnóstica atinge o bebê, nos primórdios de sua vida, essa notícia é recebida por seus pais com grande preocupação sobre a vida de seu filho. Esse momento exige uma escuta sobre as fantasias e sentimentos vivenciados, que participam do cotidiano de cuidados com o bebê. Destacamos as marcas deixadas por aqueles que se ocupam do neonato, dirigidas por uma leitura do bebê influenciada pelos especialistas e pela categoria diagnóstica. As lacunas que deveriam existir no saber parental acerca do neonato são eliminadas por um saber científico e retira-se do neonato a chance de preenchê-las com sua singularidade. Os efeitos em sua subjetividade estão relacionados à distância que cada criança consegue percorrer na direção de sua constituição enquanto sujeito desejante. No contexto da triagem neonatal podemos entender que, para a maioria das crianças, as marcas psíquicas são as decorrentes dos cuidados parentais dirigidos ao bebê no sentido de compensá-lo em sua deficiência – seja hormonal, metabólica etc. – através da superproteção, antecipando suas necessidades e privando-o de agir movido por seu desejo.

Pretendemos estreitar nosso olhar sobre os fundamentos da prática do diagnóstico, tanto médico quanto psicanalítico. Discutimos o predomínio do discurso higienista e eugenista, característico do saber médico, como norteador do bom cuidado com a criança, que exige o desenvolvimento cada vez maior de novas técnicas investigativas garantidoras do sucesso do projeto de correspondência da criança aos ideais sociais. Os programas de triagem neonatal constituem-se em práticas voltadas ao cuidado com o bebê que, ao garantirem sua sobrevivência, tornam-se fiadoras da produção de potenciais protagonistas da jornada em busca da realização do projeto de um adulto ideal. Como observado no capítulo anterior, o diagnóstico médico toma o centro da cena nesse contexto. A questão diagnóstica é o tema do nosso próximo capítulo.

3 DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS GRAVES NO BEBÊ: DIÁLOGOS ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE

*Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico:
- Diga trinta e três.
- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
- Respire.
- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.
- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.*
(BANDEIRA, 1998, p. 12).

Neste momento, direcionaremos nossa atenção para as seguintes questões: Como a prática do diagnóstico é concebida pelos campos médico e psicanalítico? Trata-se de concepções completamente distintas? É possível encontrarmos aproximações entre elas? Através da investigação dessas questões, buscamos demonstrar que não se diz a mesma coisa quando falamos sobre o diagnóstico na medicina e o diagnóstico na psicanálise; ao mesmo tempo em que não se tratam de perspectivas sem pontos de diálogos, intercessões, aproximações possíveis. Nossa intenção é a de sustentar as tensões entre os discursos ao mesmo tempo em que demonstramos pontos de enlaces entre eles. Apostamos no resgate de um método específico de produção do conhecimento, próximo aos dois campos, como fundamento para o diálogo entre eles: o método clínico.

Essa intenção nos implica na tarefa de entender como se estabelecem as relações entre discursos distintos que compartilham um mesmo espaço de intervenção. Segundo Lacan (1969-70/1992), o discurso é um modo de uso da linguagem, é o que regula as relações interpessoais, estabelecendo tipos particulares de posições discursivas, laços ou vínculos sociais. Um discurso é uma estrutura produzida pela articulação significante própria ao campo de saber, e estabelece formas de laço entre os interlocutores, pois define posições específicas entre eles, caracterizando o vínculo social. No contexto da prática do diagnóstico precoce, a interdisciplinaridade é princípio norteador de todas as propostas de intervenção, o que implica o convívio entre discursos variados marcados por vínculos diversos. Como ocorre a interação entre os discursos médico e psicanalítico num espaço dirigido pelo objetivo de intervir em casos marcados pela urgência médica?

Propomos também a discussão sobre a noção de “ideal” sob a ótica da psicanálise. O raciocínio acerca dos ideais como mobilizadores e legitimadores da criação de práticas de cuidado com o bebê nos leva a questionar: como explicar o peso dos ideais nesse contexto?

Em que se baseia seu poder de convocar e validar práticas tais como a do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê?

Com base nessas indagações, buscamos compreender se é possível encontramos práticas direcionadas ao bebê baseadas na concepção psicanalítica, e como se elas se caracterizam. Teriam elas contribuições ao aperfeiçoamento da prática que nos dirige no presente trabalho, a do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê? Interessa-nos evidenciá-las e apontar sua relevância para a discussão dos possíveis efeitos da prática do diagnóstico precoce na subjetividade do bebê.

Iniciaremos nossa investigação pelas particularidades do discurso médico e do discurso psicanalítico, principalmente no que se refere às concepções de diagnóstico utilizadas por tais discursos e seu reflexo na prática do diagnóstico precoce de doenças graves. O corpo do bebê será lido por diferentes profissionais de diversas áreas, assim como por seus pais. Essa leitura parental será influenciada pelos discursos assumidos pelos especialistas, sendo necessário no presente trabalho identificarmos quais elementos oferecidos pela medicina e pela psicanálise irão compor o colorido da lente de reconhecimento do bebê. Acreditamos que o convite ao diálogo entre essas duas disciplinas é concretizado pela presença do bebê diagnosticado precocemente, transeunte da fronteira entre elas.

3.1 O diagnóstico em medicina: a vertente do corpo, do órgão, do gene

Dor (1994) define o diagnóstico médico como um ato mobilizado por dois objetivos: a observação – que determina a natureza de uma afecção ou uma doença a partir de uma semiologia – e a classificação – que localiza um estado patológico no quadro nosográfico²⁶. Assim, sempre é colocado numa perspectiva dupla, em referência a um diagnóstico etiológico e a um diagnóstico diferencial²⁷. Além de estabelecer o prognóstico vital ou funcional da doença, o ato de diagnosticar propõe a escolha do tratamento mais apropriado, utilizando um sistema de investigação multivariado que põe em curso e correlaciona a anamnese – entrevista onde se recolhem os fatos comemorativos da doença – e o exame direto do doente, com seus diversos mediadores técnicos, instrumentais, biológicos etc. Essa dupla investigação reúne o

²⁶ Semiologia é a parte da medicina que estuda os sintomas e sinais pelos quais se manifestam as lesões de um órgão ou suas perturbações funcionais, contribuindo para o diagnóstico das respectivas doenças. Nosografia é o ramo da medicina que se ocupa da definição e classificação sistemática das doenças. (REY, 2003).

²⁷ O diagnóstico etiológico é relativo à identificação de uma infecção ou doença com base no reconhecimento ou demonstração de sua causa. O diagnóstico diferencial é relativo à determinação da natureza de uma infecção ou doença baseada na comparação de seus sinais e sintomas com os que são característicos de outras doenças para distingui-las, mediante um raciocínio sistemático de exclusão. (REY, 2003).

conjunto das informações necessárias para definir a especificidade da afecção patológica (DOR, 1991).

Ainda segundo Dor (1994), em toda prática clínica é comum procurar estabelecer correlações entre a especificidade dos sintomas e a identificação de um diagnóstico. Felizmente, os sucessos terapêuticos dependem em forte escala da existência dessas correlações. A eficiência deste dispositivo causalista está atrelada ao fato de que o corpo responde a um processo de funcionamento também regulado segundo certo tipo de determinismo orgânico. Quanto mais descobrirmos sobre esse determinismo, maior o número de correlações entre causas e efeitos. Contribui-se desse modo para uma especificação diagnóstica mais acurada. O sucesso da terapêutica médica depende, em larga escala, dessa regularidade e fixidez das ocorrências causais que intervêm no corpo. No campo científico, uma previsão só é observável porque se apoia em uma lei, uma explicação objetiva e generalizável que dá conta de uma articulação estável entre causas e efeitos.

Podemos concluir que um primeiro elemento fornecido pelo discurso médico é a possibilidade de leitura do bebê como busca da correlação direta entre sinais recolhidos pelos instrumentos técnicos aos quadros diagnósticos já estabelecidos no campo médico. O bebê é reconhecido dentro dos limites de um código gerado pela prática médica que define o que pode ser percebido e dito sobre ele. Esse elemento não se caracteriza pela novidade, pelo que de inédito pode existir em cada novo nascimento.

A clínica médica, segundo Ansermet (2003a), se baseia no olhar. Busca constituir seu objeto por meio da observação e da descrição. Para o autor, ela se caracteriza pela pesquisa de uma possível correlação entre o olhar e a linguagem. Desde sua constituição, ela está em busca de uma passagem do visível ao enunciável. O quadro clínico é visível e ao mesmo tempo legível. Ele registra, totaliza e permite distinguir, balizar e classificar. A clínica médica provém da delimitação, do balizamento, da mensuração: exaurir o objeto de tanto descrevê-lo. Localizamos, assim, um elemento fundamental que embasa a prática do diagnóstico médico como reconhecimento orientado por um código. Como afirma Ansermet (2003a), é o olho que está em jogo. Um olho que pretende tudo englobar, tudo conter, tudo dominar, tudo conservar, e que, com esse fim, associa-se a próteses cada vez mais sofisticadas. Entendemos os programas de triagem neonatal e os métodos de diagnóstico precoce em geral como novas próteses que permitem o aumento da acuidade médica.

Segundo Valas (1988), a concepção médica, de inspiração biológica, considera o corpo somático como uma máquina, portanto, é possível separá-lo em peças distintas, os órgãos. Essa máquina homeostática pode ser descrita a partir de dois modelos: no primeiro,

nomeado máquina termodinâmica, o seu equilíbrio é assegurado pelo emprego de forças de tensão compensadoras e reguladoras cuja energia é fornecida por complexas reações físico-químicas. No segundo modelo, mais atual, o corpo é definido a partir do modelo da máquina cibernética e os sistemas que o constituem são compostos por redes de comunicações, através das quais circulam mensagens que transportam a quota de informação necessária ao funcionamento da máquina como um todo. Nesse caso, as forças de tensão não são mais necessárias.

Podemos refletir sobre a presença desses elementos da concepção médica na prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê. Entender o neonato como um sistema homeostático de comunicação de informações permite o sucesso da terapêutica médica ao, por exemplo, utilizar o teste de triagem neonatal como sinal de necessidade de intervenção. O indício revelado no resultado do teste demonstra uma interferência na estabilidade da máquina biológica, que pode ser localizado em uma de suas peças, porém não pode ser simplesmente substituída. Em alguns casos, a mensagem transporta uma informação perturbadora do estado de equilíbrio, que deve ser ressignificada através de uma interferência no contexto biológico para a manutenção da homeostase, como nos defeitos congênitos e anomalias genéticas²⁸. Controlar o caos biológico é o alvo da acuidade médica e sinônimo de seu sucesso. Porém, não é sem consequências para a prática clínica.

Volich (1998) nos conta que na experiência clínica, a referência exclusiva à anatomia, fisiologia, ou mesmo à genética, é absolutamente insuficiente para compreendermos o que os pacientes nos contam de seus males e de seus corpos. Desse modo, limitar-se a tais dimensões para compreender a essência do humano invariavelmente leva à decepção. Ao aproximar-se como nunca da intimidade do corpo, iniciou o médico seu progressivo afastamento do humano lançando-se na corrida desenfreada, excitante e frenética pelo mito, pela ideia de que encontrará a resposta para o mistério da vida vasculhando as vísceras, descobrindo os órgãos internos, detalhes de formas, texturas, de suas células e de seus genes. Cada descoberta e cada revelação acabam sendo frustrantes, pois o corpo não esconde nada que não possa ser dissecado e nomeado. O olho é capturado por territórios inexplorados que aprisionam na armadilha do visível, do concreto, do real, e perturbam a utilização de seus outros sentidos, de sua intuição para escutar e compreender o ser em sofrimento.

²⁸ No caso de um indivíduo diagnosticado com fenilcetonúria, por exemplo, onde não é possível fazer a troca do gene responsável pela existência satisfatória da enzima do fígado que metaboliza a fenilalanina existente nas proteínas – e que se tornam tóxicas para o cérebro –, o tratamento inclui, de modo geral, uma diminuição na ingestão de proteínas pelo indivíduo (calculada individualmente através de resultados de exames sanguíneos). A mensagem genética que interfere na existência de enzimas é, nesse novo contexto biológico, contornada para a manutenção da homeostase.

Portanto, podemos identificar uma inabilidade do campo médico em abordar o ser biológico em uma lógica distinta daquela que almeja a homeostase corporal, como consequência decorrente de sua especificidade. Estaria desse modo o bebê, que potencialmente pode padecer de um quadro genético, afetado no nível subjetivo, pela intervenção do diagnóstico precoce de doenças graves?

Acreditamos que o predomínio de um único saber, independentemente de sua área de concentração, acarreta algum tipo de prejuízo. A escolha por um modo privilegiado de leitura dos fenômenos implica o ofuscamento de outros olhares. No contexto da prática do diagnóstico precoce, não só a escolha, mas o predomínio do saber científico é inegável e os elementos que o caracterizam demonstram até o momento um modo particular de leitura interessado no aspecto orgânico. Portanto, em nossa discussão, não podemos deixar de contemplar o que se prioriza no campo do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê, que é específico em sua urgência médica. Identifica-se a marca de uma inexpressividade do campo subjetivo. Porém, não entendemos o obscurecimento da dimensão subjetiva como uma consequência direta da existência das técnicas de diagnóstico precoce. A solução para o resgate da valorização da subjetividade não seria alcançada pela via da campanha anti diagnóstica. O ganho orgânico inquestionável dessa prática, que justifica sua presença, nos leva a questionar o que pode ser agregado pela ultrapassagem do predomínio do campo médico e consideração da existência de diferentes modos de reconhecimento do neonato. Sugerimos o desenvolvimento de novos diálogos que favoreçam o constante aperfeiçoamento das práticas voltadas ao cuidado com o bebê.

A genética, segundo Volich (1998), pode ser considerada a terra prometida da medicina, propõe a perspectiva fascinante de conhecer, após o deciframento de todas as sequências do genoma humano, no nascimento ou mesmo após a concepção, todas as predisposições e características do ser que está por vir. Poderíamos prever não só as características físicas do indivíduo, mas também traços de sua personalidade, e, principalmente, as doenças que ele poderá desenvolver ao longo de sua vida. O campo da medicina preditiva – disposta a investigar por que um indivíduo desenvolve ou não determinadas doenças, seja pela presença de genes que o levem a elas ou que delas o protejam – segue um caminho utópico de uma vida longa, sem nenhum desamparo físico. Como afirma o autor:

Assim, como toda utopia, a genética pode então se prestar tanto a um ideal de libertação do sujeito, como a um projeto para sua alienação. Não há dúvida de que a possibilidade de prevenção ou intervenção precoce e menos agressiva no caso da

existência de uma real predisposição a uma patologia apresenta um interesse inquestionável, possibilitando uma diminuição significativa do sofrimento do paciente, e, muitas vezes, aumentando suas possibilidades de cura. Mas a delicadeza da questão da previsibilidade, da prevenção e da consideração do potencial mórbido do indivíduo resvala na própria representação individual e social do risco, tanto pelo médico, como pelo paciente (VOLICH, 1998, p. 149).

A genética, em seu aspecto probabilístico, nos ensina que a existência de certa configuração de genoma pode representar uma probabilidade de desenvolver uma doença, e outra de não desenvolvê-la. Porém, na busca por desvendar o mistério da vida, de alcançar o ideal da longevidade, sem desamparo físico, o cientista se restringe à probabilidade que se aplica à maioria, oferecendo a chance de lutar contra esse destino através de medidas profiláticas. Essa passa a ser a razão de existência do paciente e de seu médico. Caso o indivíduo que apresenta certa mutação desenvolva a doença, isso não surpreende, pois confirma a previsão esperada do ponto de vista estatístico. Corre o risco de moldar-se a essa nova e impactante marca identificatória, às custas de sua própria história, e só lhe resta, nesse caso, a inserção na série de prescrições e procedimentos médicos, reorganizando em torno deles sua vida, seu corpo e suas relações (VOLICH, 1998).

Os bebês triados e identificados como prováveis pacientes pelo “teste do pezinho”, após o período necessário à confirmação diagnóstica, são definidos por uma marca genética que irá acompanhá-los por toda a vida. O tratamento para todas as doenças incluídas na triagem deve ser seguido também por toda a vida da criança, o que provoca uma série de transformações da organização familiar em torno do tratamento, das consultas, dos exames. O convívio com o incurável acompanha a família e os médicos, de maneira particular em cada caso. Acompanha também o neonato diagnosticado, recoberto por sua marca genética. Do lado familiar, uma decepção ligada à chegada de um bebê diferente do planejado, da reorganização da rotina familiar em torno dos cuidados com a criança, da submissão a um saber científico necessário a sobrevivência do bebê, de um sofrimento que deve ser simbolizado através de uma escuta que ultrapassa o campo das promessas científicas. Do lado do médico, o convívio com uma impossibilidade de cura resvala em sua incapacidade de controlar o caos biológico, e, na tentativa de compensar essa falha pela prescrição infinita ou pela busca de novas próteses, entorpece os seus sentidos e a sua intuição, impossibilitando uma escuta do sofrimento. Ao mesmo tempo, essa escuta implicaria o especialista num constante reencontro com os limites de seu saber e no sentimento de fracasso diante do que escapa ao controle científico e às probabilidades garantidoras de um futuro sem sobressaltos à máquina biológica.

Valas (1988) destaca que a concepção de linguagem em biologia tem um caráter distinto. A linguagem é concebida como um eco físico dos fenômenos do corpo, chegando ao ponto de até se considerar a própria linguagem como um órgão do corpo. Não há articulação de sentido e todas as respostas biológicas são relacionadas a uma noção de limite a partir do qual se constitui o sinal inequívoco para o órgão que responde a partir da lei do tudo ou nada, ou seja, na presença ou ausência de estímulo, como as máquinas cibernéticas. Essas mensagens entre sistemas, mesmo que combinadas, não permitirão jamais que o órgão possa modular suas próprias respostas ou responder diferentemente daquilo para o qual foi programado geneticamente. Atualmente, essas afirmações encontram alguns questionamentos. Como exemplo, para Volich (1998), o mistério persiste naqueles indivíduos que, apesar da probabilidade estatística, não manifestam a doença. Apesar da presença da mutação, eles não adoecem, apontando uma interrogação sobre a falha da previsão, sobre como escaparam do destino que parecia inevitável, resistindo às estatísticas e às leis soberanas da genética.

Podemos constatar hoje, segundo Ansermet (2003b), que a medicina parece tomada de vertigem face às suas próprias produções. Dentro das possibilidades cada vez mais desenvolvidas da medicina preditiva, paradoxalmente, não revelam aquilo que é impossível de prognosticar, tudo aquilo que pode acontecer de maneira inesperada. O fenômeno da plasticidade neuronal, demonstrado pela neurobiologia experimental, revela que o cérebro está em constante aperfeiçoamento, ao menos no começo da vida. O ambiente é responsável por deixar um traço singular na rede neuronal, e os mecanismos universais que presidem a organização da rede neuronal levam à produção de um sujeito único.

Para definirmos a noção de sujeito único, utilizaremos como referência a contribuição de Miller e Milner (2006), que apontam uma distinção entre o ser único e o um-entre-outros. Enquanto este último refere-se ao ser comparável a um conjunto, parte de uma estatística, de uma dimensão universal, o ser único remete à singularidade, ao que é próprio a cada um, que não se partilha e não se oferece ao universal (MILLER, 2003a). Em nossa discussão, por exemplo, entendemos a referência aos pacientes pela nomeação diagnóstica como alusão ao ser pertencente ao conjunto da classificação diagnóstica, passível de comparação entre os demais. O que se pode identificar como distante da predição e da comparação se aproxima do singular. Logo, interessa-nos entender o que escapa à referência ao universal, ao código diagnóstico, e se apresenta como único, ou seja, o sujeito.

Segundo Ansermet (2003b), a hiância na organização do ser vivo é demonstrada pelo fenômeno da plasticidade, assim o cérebro não pode mais ser visto como uma totalidade determinada e determinante. Ele se revela modificável mais do que o pensávamos, propenso à

contingência do acontecimento, suscetível às potencialidades de um futuro imprevisível. O estudo do cérebro demonstra que existe uma hiância composta de potencialidades biologicamente determinadas que o deixam, de maneira paradoxal, sensível aos efeitos da contingência. Assim também, na genética, em decorrência dos estudos do genoma humano, a penetração e expressividade dos genes parecem depender em grande parte das particularidades da experiência. Seríamos, paradoxalmente, determinados pelos defeitos de nossa determinação orgânica. A questão da predição pode ser articulada ao determinismo, em contraponto às contingências. A ideia de uma possível descontinuidade no futuro vai contra a predição, pois os indivíduos respondem, inventam, escolhem, o que implica uma descontinuidade que rompe com o determinismo (ANSERMET *apud* BARROSO, 2010).

Desse modo, haveria, no campo do diagnóstico precoce de doenças graves, em decorrência dos grandes avanços científicos, uma abertura no predomínio médico de leitura do bebê, que colocaria em jogo outros saberes necessários ao entendimento da influência ambiental no futuro desses sujeitos? Seria possível ultrapassar o determinismo do saber científico sobre o bebê diagnosticado precocemente com uma doença grave? Como verificar a singularidade no contexto da triagem neonatal, em que os pacientes são localizados justamente pelo quadro apresentado? É-nos evidente que cada paciente é incluído num programa de tratamento relativo à alteração apresentada no teste e correspondente a determinado quadro patológico. Essa realidade nos remete à ideia de que os pacientes, em sua particularidade diagnóstica, estão incluídos no conjunto universal das patologias genéticas. Acreditamos que essa afirmação é verdadeira; porém, não exclui o fato de que o tratamento de cada um desses pacientes é individualizado pela constante verificação, através de seus exames, da evolução do tratamento. Desejamos ressaltar essa informação como um primeiro indício de que não é possível prever, de maneira uniforme a todos os pacientes, a evolução de seu tratamento. As restrições e prescrições levarão em consideração a expressividade do quadro em cada paciente. Disso decorrem diversas variações na intensidade do tratamento, que só poderão ser definidas pelas características únicas de cada caso.

Para Ansermet (2003b), existem dois usos opostos da ciência em medicina. O primeiro se engancha aos universais produzidos pela ciência até rejeitar o sujeito em suas manifestações, em seu caráter singular. Valas (1988) reforça essa perspectiva em que o discurso da ciência se caracteriza fundamentalmente por forcluir²⁹ o sujeito. A biologia

²⁹ O termo forcluir é uma tradução do termo francês *forclusion*, retirado do âmbito jurídico, onde é usado para se referir a um processo prescrito, ou seja, aquele de que não se pode mais falar porque legalmente não mais existe.

avançaria sem preocupar-se com as noções de vida ou de morte, no sentido de que definir essas noções não é fundamental em garantir seu progresso e, conseqüentemente, a medicina científica que se inspira nela tem dificuldades em localizar os limites de sua ação. Daí os diversos problemas éticos envolvidos nas doações de órgãos, fertilizações *in vitro* e transplantes (VALAS, 1988). Aqui incluímos a questão ressaltada pelo presente trabalho, as conseqüências do uso de técnicas de diagnóstico precoce de doenças graves no neonato, na postura do privilégio da dimensão médica em seu reconhecimento.

Isso não impede, segundo Ansermet (2003b), um retorno sobre o sujeito, evidenciado pelas biotecnologias e pela medicina preditiva. Acrescentamos o contexto também da triagem neonatal, que conta com a presença da equipe interdisciplinar, onde o psicólogo é incluído, e com a dimensão da variabilidade na expressão dos quadros genéticos. Porém, esses fatores não garantem a valorização subjetiva. É preciso encontrar no campo predominantemente científico uma abertura a essa lente de leitura.

Há, para Ansermet (2003b), um segundo uso da ciência que repousa no fato de que os mecanismos universais definidos por ela convergem sobre a evidência do sujeito como exceção ao universal, fonte de uma diversidade fundamental que conduz o médico a se situar primeiramente sobre o caso único. O primeiro uso da ciência leva a um impasse, pois a predição impõe algo ao sujeito, que se encontra representado não pelo que sabemos dele ou por aquilo que fizemos dele. A tecnologia vem saturar sua identidade e fazer dele um objeto predisposto e despreparado para fazer frente às contingências às quais ele fica inevitavelmente submetido.

Mesmo quando certas determinações são conhecidas, fica sempre uma parte indeterminada em relação à qual somente o sujeito pode se determinar! Qualquer que seja o ponto de vista, recaímos sempre, finalmente, sobre o segundo uso da ciência, aquele no qual há um sujeito. O sujeito da ciência faz um com o sujeito da psicanálise (ANSERMET, 2003b, p. 8).

Constatamos a possibilidade de um segundo uso da ciência em medicina, hoje sustentado pelas novas descobertas genéticas e biológicas realizadas por esses campos de investigação que indicam cada vez mais a importância do que há de único em cada sujeito, nos efeitos das contingências ambientais no organismo, sua permeabilidade ao acaso. Porém, ressaltamos a inegável presença de um predomínio do discurso médico orientado pelo primeiro uso da ciência, com efeitos na subjetividade do bebê. A intenção de nossa discussão

Em psicanálise, como em nosso caso, é utilizado no sentido de uma negação que não deixa traço ou vestígio algum, que não conserva, que arrasa qualquer sinal de existência (QUINET, 2005).

é justamente destacar as contribuições de outras formas de reconhecimento do neonato, tais como as trazidas pelas novas descobertas científicas no tema da plasticidade cerebral, das interações entre organismo e ambiente e, principalmente, as encontradas no discurso psicanalítico, no refinamento da prática do diagnóstico precoce. Buscamos favorecer o uso da ciência no sentido de inclusão da subjetividade, sem prejuízos à sua eficácia.

Entendemos a prática diagnóstica como essencial na garantia de sobrevivência e desenvolvimento do recém-nascido. Desse modo, queremos agregar ao corpo teórico que a permeia colaborações de um campo de investigação substancialmente voltado para as questões relativas à subjetividade humana, a psicanálise. Ela se lança às discussões acerca da questão diagnóstica pelo viés da linguagem, em que a dimensão do equívoco e do mal-entendido é introduzida pelo significante (ANSERMET, 2003b), por isso nos é importante incorporá-la ao nosso raciocínio.

3.2 O diagnóstico em psicanálise: a vertente do sujeito

É-nos cara a lembrança de que Freud, o inventor da psicanálise, era médico neurologista. Um cientista, um pesquisador. Ao se lançar na conquista de um novo campo de saber, percebeu rapidamente que suas descobertas não tinham espaço no saber científico de seu tempo. Suas ideias decorrentes da escuta das histéricas – pacientes rejeitadas pela medicina da época – sobre a existência de um pensamento inconsciente não agradavam em nada aos cientistas. Duas hipóteses resumiam seu achado. A primeira descreve que os processos mentais são inconscientes e, portanto, de toda a vida mental, apenas algumas determinadas partes isoladas são conscientes. A segunda define a presença da sexualidade na origem das doenças nervosas. Freud escutou algo que escapava à ciência e que não se encaixava nos modos científicos sustentados no valor dado à consciência. Sobre a consciência, ela apenas permitia ao homem constatar que não era livre, pois há algo que age sobre ele, a seu contragosto, sobre o qual nem sempre o sujeito quer saber. Suas descobertas não eram passíveis de experimentação, dentro dos padrões científicos, portanto coube a Freud a superar a teoria da objetividade, demonstrando que o racional está entrelaçado ao emocional, que o conteúdo manifesto do pensamento revela o desejo, os pensamentos latentes, e que a inteligência do homem é governada pelas paixões (FERRARI, 2002, p. 85).

Ressaltamos, com esses dados, o corte efetuado pela psicanálise com o modo de produção de conhecimento científico a época de sua origem. Segundo Ferrari (2002), encontramos também nos textos freudianos uma crença de que um dia a biologia explicaria o

psiquismo, como os resultados do trabalho futuro, e a psicanálise finalmente pertenceria ao conjunto de disciplinas científicas. Porém, Freud não deixou de observar, como rigoroso investigador, a desconsideração do psiquismo pela ciência, o que promovia nos homens a busca de outros meios onde houvesse possibilidade de viver o subjetivo, onde o corpo não fosse pura matéria. Percebemos um movimento de manutenção do rigor científico nos textos freudianos, ao mesmo tempo extremamente sensível à subjetividade e à cultura. Ressaltamos que a criação da psicanálise como nova teoria é colocada em curso como consequência da crítica freudiana à desconsideração da subjetividade pela ciência, pertinente até a atualidade.

Segundo Freud (1923/1996) a psicanálise pode ser definida em torno de três pontos:

PSICANÁLISE é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (FREUD, 1923/1996, p. 253).

Nesse trecho a psicanálise é definida como um método de investigação que embasa um método de tratamento e daí agrega elementos à coleção de informações que compõe uma disciplina científica. Porém, foi necessária, desde o início de sua obra, uma distinção do conjunto das investigações científicas existentes e especificidade do método psicanalítico. Nas palavras de Freud (1923/1996):

A psicanálise não é, como as filosofias, um sistema que parta de alguns conceitos básicos nitidamente definidos, procurando apreender todo o universo com o auxílio deles, e, uma vez completo, não possui mais lugar para novas descobertas ou uma melhor compreensão. Pelo contrário, ela se atém aos fatos de seu campo de estudo, procura resolver os problemas imediatos da observação, sonda o caminho à frente com o auxílio da experiência, acha-se sempre incompleta e sempre pronta a corrigir ou a modificar suas teorias. Não há incongruência (não mais que no caso da física ou da química) se a seus conceitos mais gerais falta clareza e seus postulados são provisórios; ela deixa a definição mais precisa deles aos resultados do trabalho futuro (FREUD, 1923/1996, p. 269).

O fato de definir a psicanálise como teoria incompleta e de caráter provisório já demonstra uma especificidade radical diante do saber científico e especialmente médico, que pretende tudo descrever e dominar. Precisamos entender como isso se reflete na prática diagnóstica em psicanálise. Segundo Dor (1994), desde o nascimento da psicanálise, Freud se ocupava da questão diagnóstica, e duas perspectivas lhe pareciam relevantes nesse contexto. Como o próprio Freud (1895/1987) afirma:

É muito difícil obter uma visão clara de um caso de neurose antes de tê-lo submetido a uma análise minuciosa [...]; mas a decisão sobre o diagnóstico e a forma de terapia a ser adotada tem de ser tomada antes de se chegar a qualquer conhecimento assim minucioso do caso (FREUD, 1895/1987, p. 254).

Para Dor (1994), Freud aponta perfeitamente, desde o início de sua obra, a ambiguidade característica do campo da psicanálise em torno do problema do diagnóstico. É preciso estabelecer precocemente um diagnóstico para decidir quanto à condução da cura, ao mesmo tempo em que a pertinência desse diagnóstico só receberá confirmação após algum tempo de tratamento. Esse paradoxo constitui a especificidade do diagnóstico em psicanálise: a dimensão potencial do diagnóstico na clínica analítica, “um ato deliberadamente posto em suspenso e relegado a um devir.” (DOR, 1994, p. 15). Há uma impossibilidade em se determinar uma avaliação diagnóstica sem o apoio de certo tempo de análise; concomitantemente é preciso, o mais rápido possível, uma posição diagnóstica para decidir quanto à orientação da cura. Consequentemente suspende-se, ao menos por um tempo, a entrada em ação de uma intervenção com valor diretamente terapêutico. Esse tempo de espera implica observação, habitualmente chamado de entrevistas preliminares, inscrito desde seu começo no dispositivo analítico. Nele e em todo o processo de análise, a associação livre³⁰ é a regra fundamental, o que resulta numa mobilização imperativa do instrumento de escuta na discriminação diagnóstica, que tem prioridade sobre o saber nosográfico e as racionalizações causalistas (DOR, 1994).

Diante dessas considerações, como pensar as práticas do diagnóstico médico e psicanalítico? Primeiramente, a possibilidade de incompletude na teoria psicanalítica é dada desde seu início. Não há, como na clínica médica, um movimento de localização do caso no saber já produzido, numa relação direta entre manifestação e quadro clínico. Cada caso pode questionar, corrigir ou modificar a teoria, que tem sempre um caráter provisório. Isso revela uma incerteza que não está presente no campo médico. Para um bom andamento da intervenção médica, é necessária a certeza decorrente de certo determinismo orgânico, o que garante seu sucesso terapêutico, como exposto anteriormente.

Outro ponto de divergência é a preeminência da clínica do olho, da observação e descrição na medicina, e, como contraponto, o estabelecimento de uma clínica da escuta, em psicanálise. Segundo Ansermet (2003a), enquanto a medicina se baseia na imagem, a psicanálise aposta na fala e se orienta pelo que o sujeito enuncia. Desse modo, a psicanálise se

³⁰ Regra que estrutura a situação analítica, em que o analisando é convidado a dizer o que pensa e sente sem nada escolher e sem nada omitir do que lhe vem ao espírito, ainda que lhe pareça desagradável de comunicar, ridículo, desprovido de interesse ou despropositado (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

propõe ir além do que é visível, já que a escuta permite o acesso a algo inapreensível pelo olhar. Para a psicanálise, deixar-se iludir pelo que é manifesto pode encobrir aquilo que permanece escondido para o sujeito, o que ele próprio não escuta. Para aceder à dimensão subjetiva, o que não pode ser dito deve ser ouvido. Esse “ouvido clínico” do psicanalista se preocupa com algo que, em medicina, é habitualmente negligenciado e recoberto pelas categorias diagnósticas e pelos códigos científicos.

Antes de tudo, a psicanálise é uma clínica do sujeito, de um sujeito que não pode se perceber como tal. A hipótese do inconsciente supõe um sujeito que não é senhor de si próprio. Uma parte dele escapa. Ele é, por estrutura, dividido. O que o sujeito mostra não deve ocultar o que não se vê. O que o sujeito sabe não deve fazê-lo esquecer o que ele ignora de si mesmo (ANSERMET, 2003a, p. 9).

O saber nosográfico não deve nos fazer esquecer o que é único ao sujeito, o que a escuta psicanalítica pode alcançar. O que gostaríamos de sustentar até o presente momento são os pontos de especificidade entre dois métodos diagnósticos que carregam elementos radicalmente diferentes. Não propomos a aceitação e utilização pela medicina do modelo diagnóstico em psicanálise, o que acabaria em consequências trágicas para o indivíduo, que apresentando um sintoma, não recebe o tratamento necessário para sua cura. Não cabe ao médico adiar a definição do diagnóstico após um período de observação para a escuta do inconsciente, pois estaríamos condenados às sequelas ou mesmo à mortalidade, pelo adiamento de uma urgência biológica. É-nos importante marcar as diferenças radicais que compõem a prática diagnóstica nessas disciplinas, e buscar os pontos de encontro entre elas. Poderemos então entender as contribuições recolhidas do campo psicanalítico para a prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê, que não necessariamente estão atreladas à substituição dos elementos encontrados na prática médica.

Sabemos que o interesse da psicanálise está no sujeito do inconsciente, totalmente distante da noção de indivíduo, ou da máquina biológica, e desse modo, implica uma concepção de clínica que não se reduz ao estabelecimento das igualdades identificadas por métodos de observação. O inconsciente sempre escapa à correspondência ao código generalizável. Isso significa que, em psicanálise, é fato inevitável não existirem determinismos tais como os encontrados no campo científico. Os processos psíquicos se submetem a um determinismo particular, chamado causalidade psíquica, que não obedece a linhas de regularidades, não exhibe estabilidade entre natureza de causas e de efeitos e, conseqüentemente, não permite o estabelecimento de previsões, como acontece em medicina (DOR, 1994).

Segundo Leite (2001), a psicanálise é uma teoria que também se utiliza de referenciais na elaboração de seus diagnósticos. Em Freud, graças a sua formação médica, encontramos como referencial o vocabulário da psiquiatria clássica na elaboração de suas categorias diagnósticas. Como exemplos os termos *perversão*, retirado do psiquiatra alemão Krafft-Ebing e *paranoia*, segundo o psiquiatra, também alemão, Kraepelin. Entretanto, Freud também recusou termos como *esquizofrenia*, do psiquiatra suíço Bleuler, e retirou a noção de *neurose* do médico francês Charcot. Mesmo utilizando categorias psiquiátricas de sua época, Freud se apropria delas e as tornam próprias à psicanálise, rompendo suas relações com a nomenclatura psiquiátrica, mantendo-as, mas também as subvertendo.

Como afirmar a impossibilidade de um determinismo científico dos processos mentais, decorrente da causalidade psíquica, e, ao mesmo tempo, afirmar a existência de referenciais diagnósticos em psicanálise? Que tipo de balizamento orienta o diagnóstico em psicanálise? Podemos, segundo Dor (1994), afirmar categoricamente não existirem inferências estáveis entre as causas psíquicas e os efeitos sintomáticos na determinação de um diagnóstico. O pensamento causalista do discurso da ciência, a racionalidade lógica formal, não se aplicam ao trabalho analítico. Isso não significa que não existam certas exigências de rigor. Pela escuta do dizer, algo da estrutura do sujeito é localizável, e é com a estrutura que se deve contar para se estabelecer um diagnóstico. As correlações entre um sintoma e a identificação diagnóstica supõem a existência de uma série de procedimentos intrapsíquicos e intrasubjetivos que dependem da dinâmica do inconsciente. Porém, essa dinâmica nunca se desenvolve numa implicação lógica e imediata entre sintoma e identificação da estrutura do sujeito que manifesta esse sintoma. Qualquer aspecto do processo inconsciente que se observe não apresentará tal determinismo, e sim uma imprevisibilidade.

Não é possível, desse modo, construir uma continuidade entre uma cartografia de sintomas e uma classificação diagnóstica. O inconsciente só pode ser objeto de uma observação pela participação ativa do analisando, uma participação de palavras, o que significa o modo como o sujeito sustenta pela linguagem aquilo que concerne a ele. Desse modo, a psicanálise não se interessa pela objetividade e veracidade do relato do sujeito, os dados empíricos não são relevantes, mas sim como o sujeito testemunha sua própria cegueira diante do que não sabe que diz através do que enuncia. No dizer do sujeito se manifestam as referências diagnósticas estruturais, os indícios que balizam o funcionamento da subjetividade. A estrutura de um sujeito se caracteriza, primeiramente, por um perfil predeterminado da economia de seu desejo, que é governada por uma trajetória estereotipada. Essas trajetórias, estabilizadas, são chamadas traços estruturais. Desse modo, as referências

diagnósticas estruturais aparecem como sinais codificados pelos traços estruturais que são as testemunhas da economia do desejo. Logo, em psicanálise, há uma diferenciação essencial entre sintomas e traços estruturais (DOR, 1994).

Ainda segundo Dor (1994), a natureza do sintoma sempre tem um valor tão aleatório quanto imprevisível; a seleção dos elementos que o constituem não obedece a nenhum princípio de escolha estável, são diretamente tributários do funcionamento inconsciente. Porém, existe uma determinação incontornável, ligada a uma gestão do material escolhido que se efetua apesar do sujeito, característica do funcionamento da estrutura. A avaliação diagnóstica se liga à referenciação desta gestão do desejo, que põe em jogo traços notáveis e estáveis.

Assim, o sintoma em psicanálise se distancia do sintoma médico, primeiramente por não denotar uma relação de causa e efeito possível entre sinais e diagnóstico. Desse modo, a queixa em psicanálise remete a um não saber sobre o sujeito, que deve justamente se transformar em questão para a entrada em análise. Ao se perceber dividido entre o que supõe saber de si e algo que o afeta, o sujeito pode ser definido enquanto sujeito do inconsciente, para onde a psicanálise volta seu interesse. Outra distinção refere-se à posição do médico diante do sintoma. A queixa é entendida como demanda que deve ser atendida, no caso, como cura, como eliminação do sintoma. Em psicanálise eliminar o sintoma significa interromper a possibilidade da queixa ser transformada em questão relativa à verdade do sujeito e de seu desejo presente ali. O sintoma, em psicanálise, não remete ao significado patológico, como em medicina, mas antes a uma verdade que deve ser decifrada pelo sujeito: a do sujeito do inconsciente, que só cabe ao próprio sujeito decifrar. O analista nunca tem, de antemão, um saber prévio acerca do sujeito que o procura, como o médico tem sobre seu paciente. Assim, enquanto o significado do sintoma em medicina é entendido como generalizável, em psicanálise o sintoma sempre tem um significado particular, e considerado como uma manifestação subjetiva. O saber sobre o sujeito é construído em análise pela escuta da fala que pode ser dividida em duas dimensões: a do dito, que remete à própria fala, e a do dizer, que revela a verdade sobre o desejo e, portanto, não pode ser generalizada, é sempre reconstruída a cada caso. O diagnóstico psicanalítico pode ser estabelecido pela localização da estrutura do sujeito no dizer do analisante (DOR, 1994; QUINET, 2003).

Importante destacar a diferença na relação estabelecida na situação analítica e na situação médica. O diagnóstico psicanalítico “implica toda a especificidade do método

analítico, onde o analista se oferece à transferência³¹, para que possa situar o lugar em que o sujeito se posiciona no enunciado que ele lhe endereça.” (VORCARO, 2004, p. 45). Na relação estabelecida entre médico e paciente, não se propõe a escuta da verdade do sujeito, mas da verdade do sintoma, sempre revelada como patológica e, lembramos, essencial para o sucesso médico. Essa relação, de demanda de cura pelo paciente, enquanto não respondida em psicanálise pela possibilidade de abertura de um espaço de fala que permita o surgimento do sujeito do inconsciente, é respondida pelo médico que receita, nomeia o quadro patológico, realiza exames e faz o diagnóstico. Consequentemente, a escuta da subjetividade na urgência da cura é comprometida.

3.3 O resgate do método clínico

Como, diante de perspectivas até o momento divergentes, estabelecer um diálogo entre essas disciplinas? O psicanalista que integra uma equipe responsável pelo acompanhamento de bebês triados por programas de diagnóstico precoce de doenças graves pode dar voz a algo além da máquina biológica? O que ouvir diante de casos em que a urgência médica é inegável? A escuta psicanalítica é possível nesse contexto? É possível o trabalho verdadeiramente conjunto entre médicos e psicanalistas? Essas são algumas perguntas despertadas por nosso tema. Sabemos que Freud acreditou na inclusão da psicanálise como disciplina científica, mas sua especificidade a distanciou dessa possibilidade. As novas descobertas científicas, porém, parecem reaproximar cada vez mais esses dois campos de saber. Para Ansermet (2003b), o psicanalista engajado na instituição médica se depara com o fato surpreendente de que certos especialistas, particularmente os localizados nos domínios de ponta da medicina, como as biotecnologias e a medicina preditiva, parecem entender a importância da psicanálise nesse contexto, ao contrário do que se poderia imaginar. A medicina sinaliza no sentido de endereçar à psicanálise aquilo que lhe escapa, que se demonstra indomável em suas estratégias de domínio, quando suas predições são colocadas

³¹ Designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004). Isso significa que o analista se oferece como receptor dos diferentes investimentos realizados pelo analisando. A relação analítica estabelecida será orientada pela repetição dos protótipos infantis do analisando, vividos em análise com sentimento de atualidade acentuada. O estabelecimento da transferência é necessário para que uma análise se inicie, as entrevistas preliminares têm, além da função diagnóstica, uma função transferencial. Porém, ela não é motivada pelo analista, e sim pelo analisante. A função do analista é saber utilizá-la (QUINET, 2005). Ao mesmo tempo em que pode permitir o avanço da análise, pela suposição de um saber no analista, a transferência pode dificultá-la na medida em que está submetida à resistência, à repetição e à sugestão. A sua instalação, suas modalidades, sua interpretação e sua resolução caracterizam um tratamento analítico (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

em falta devido à particularidade do sujeito submetido às suas intervenções, tornando a psicanálise um recurso necessário e incontornável.

Em nosso contexto, representante tanto da biotecnologia quanto da medicina preditiva, muito frequentemente o psicólogo integrante da equipe interdisciplinar do programa de triagem neonatal era convocado pelos especialistas a assumir a frente de casos em que não se sabia por que o tratamento não era realizado. Mesmo diante do risco de sequelas graves para o bebê, atitudes simples como tomar uma medicação única por dia, ou evitar a ingestão de certos alimentos, não ocorriam. O espanto, acompanhado de culpa, dos especialistas diante da possibilidade de garantir a saúde através de cuidados aparentemente triviais, mas essenciais, e que não ocorriam, era imenso. Restava ao psicólogo entender tamanho mistério. Esses restos se tornam preciosos, especialmente ao psicanalista, que lhes dá voz com a escuta dos sujeitos envolvidos. Muitas vezes, as fantasias em torno da doença impediam sua aceitação e, conseqüentemente, do tratamento. Como exemplos mais comuns, podemos citar a ideia de que a privação dos alimentos poderia trazer algum prejuízo ao bebê, então a dieta poderia ser ludibriada, ou ainda, em outros casos, o esquecimento da medicação, que não era percebido como gerador de grande impacto ao desenvolvimento do bebê. Entendemos o nível do ato de seguir ou não o tratamento como dirigido por representações inconscientes acerca do significado do diagnóstico. Traduzem-se em falas normalmente escutadas na sala do psicólogo. Seria essa a relação estabelecida entre psicanálise e medicina? A do encaminhamento no momento de ameaça do sucesso médico? Entendemos que muitas vezes essa afirmação é verdadeira, e o fato de o psicanalista ocupar o lugar de uma inabilidade médica configura um importante aspecto da relação entre os dois campos. Fica evidente que uma escuta para além da máquina biológica é possível, que há um sofrimento a ser escutado para além da urgência médica de curar e de garantir o tratamento. Nas palavras de Quinet (2003): “A psicanálise recebe os rebotalhos do discurso da ciência lá onde desponta o sintoma-verdade na falha do saber médico. É o que sempre acontece quando a medicina reduz a um organismo o sujeito – este se manifestará então no sintoma mostrando o furo no saber.” (QUINET, 2003, p. 156). Os rebotalhos permitirão que o analista seja convocado a recolhê-los. Desse modo, assim como o sujeito demanda uma escuta ao analista, a instituição médica demanda o trabalho de um psicanalista, desde que ele ofereça seu trabalho. É preciso que o psicanalista faça oferta de seu trabalho, para gerar uma demanda específica (ALBERTI, 2000). Ou, como acrescentamos, ofereça seu ouvido à escuta do sujeito, para que o sujeito possa daí emergir.

Em texto que trata sobre a relação entre essas duas disciplinas, Lacan (1966/2001) nos lembra que a medicina admite a psicanálise como uma espécie de ajuda exterior, e assim o lugar da psicanálise na medicina se mostra marginal e extraterritorial. Isso não o torna menos importante, pois a posição que o psicanalista ocupa tem efeitos. Através deles, o médico entenderá o poder desta relação por meio da qual ele é médico, ou seja, a da demanda do doente. Isso significa que na queixa não está presente somente um pedido de cura dos males, mas antes a existência do desejo, que pode ser totalmente distinto daquilo que o sujeito demanda. Paradoxalmente, o pedido de cura pode revelar um desejo de manutenção da doença.

É no modo de resposta à demanda que está a chance de sobrevivência da posição médica (LACAN, 1966/2001). Na tentativa de sanar o mal que habita o paciente, o médico pode ser absorvido pelas exigências científicas de produtividade. Seu saber passa a ser capitalizado e quantificado contratualmente, atrelado às estatísticas de atendimento. Quanto mais se aproximar da submissão à lógica científica contemporânea, mais a medicina se distancia do que lhe é mais particular, da verdade do sujeito que lhe procura por estar aflito, ponto de partida que compartilha com a psicanálise (ALBERTI, 2000). Para Lacan (1966/2001), a psicanálise se torna o refúgio onde o médico pode manter a originalidade de sua função – em meio à proliferação de especialistas e instrumentos que retiram seu privilégio sobre o conhecimento – de alguém que tem de responder a uma demanda de saber, ainda que seja feito conduzindo-se o sujeito a voltar-se para o lado oposto de sua demanda, ou seja, o do seu desejo.

Podemos delinear algumas aproximações desde já. A percepção pela medicina de uma inabilidade diante de um sofrimento que lhe escapa em sua cientificidade permite delegar à psicanálise a escuta do sujeito. Percebe-se uma relação que, à primeira vista, é baseada no encaminhamento àqueles que se interessam por esse tipo especial de fenômenos, os psicanalistas. A psicanálise em seu caráter extraterritorial tem efeitos reconhecidos pelos especialistas, que convocam a presença do psicanalista que se oferece ao trabalho de escuta. Ao mesmo tempo, em meio aos desenvolvimentos científicos, vem o médico perdendo seu privilégio como conhecedor central do indivíduo humano para uma série de novos especialistas e técnicas, incluindo-se aquelas voltadas para a detecção precoce de doenças graves no bebê. A saída para evitar seu desvanecimento diante dos novos métodos de abordagem do humano que promovem o apagamento da subjetividade seria reencontrar-se com as origens de sua consolidação, da escuta de um ser em sofrimento. A medicina encontra na psicanálise um ponto de convergência, o do reencontro com o que há de único no sujeito.

A interseção estabelecida entre essas disciplinas decorre de um elemento abandonado pela medicina, que justifica seu apelo à psicanálise, como afirma Ansermet (2003b). Refere-se ao declínio do método clínico no campo médico, no das biotecnologias e da medicina preditiva. A clínica é um método específico de construção do saber que permeia tanto a medicina quanto a psicanálise, um método de pensamento feito para abordar a experiência da singularidade como tal, voltada à prioridade do único. A partir do um, a clínica tenta aceder ao múltiplo, buscando encontrar o geral no ponto mais extremo do particular, para em seguida reencontrar o um. Porém, o sujeito é, desde sua definição, exceção ao universal, resiste a ser generalizável. Essa contradição própria à clínica, que tenta articular o um e o múltiplo, provoca no método a necessidade de submeter de maneira constante o saber produzido por ele à experiência do singular. Assim, o clínico deveria estar sempre pronto a enfrentar o novo, a deixar-se surpreender a cada encontro singular com seu paciente. A clínica é, a um só tempo, a prática de um saber e uma via de pesquisa que contribui para estabelecer um saber a partir de uma prática. Essas dimensões permanecem quase sempre ignoradas pelo médico (ANSERMET, 2003a).

Para Miller (2003b), a transmissão da clínica psicanalítica é marcada pela primazia ou prevalência ao singular, mais do que ao generalizável ou universal. Os sistemas de classificação, tais como as categorias diagnósticas, são construídos historicamente e fundamentados em critérios que buscam localizar o indivíduo como exemplar de uma classe. As classes, definidas por critérios artificiais, fornecem uma garantia apenas pragmática, e, ao mesmo tempo, nunca esgotam o fenômeno. O indivíduo pode ser considerado como exemplar de uma classe, mas é sempre um exemplar imperfeito; e graças a esse traço que o distancia da classe é que o indivíduo pode ser sujeito. Sempre que o indivíduo se afasta da espécie, do gênero, do universal, há um sujeito. Na clínica, é preciso garantir que as categorias não eliminem o ser falante, pois o interesse da psicanálise está no ponto em que o indivíduo é sujeito.

Acreditamos que o campo do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê é privilegiado no sentido de possibilitar a presença do método clínico, pois nesse contexto de balizamento genético é possível avaliar a variação singular que o ultrapassa. Primeiramente, pelo evidenciamento da variabilidade da expressão genética em diferentes casos. Em seguida, e mais importante, para além de qualquer nomeação dada pelo saber médico, é o sujeito quem irá elaborar como e em que medida o diagnóstico lhe concerne. O lugar dado pelos pais e bebês ao significante do diagnóstico não é passível de regras, não ocorrerá da mesma maneira ou será induzido por qualquer discurso. A resposta do sujeito é uma invenção singular. O

contexto da triagem neonatal revela, portanto, a dimensão da existência do imprevisível, do inesperado no organismo marcado pela determinação genética.

Se há uma entrada para a psicanálise no campo médico, nos diz Ansermet (2003b), é a de assegurar, onde tudo pode ser determinado e pré-programado, um lugar para o indomável. Reafirmamos a especificidade do sujeito em escapar a toda predição e nos encontramos com o apelo da medicina à psicanálise. Do acontecimento imprevisível surge uma demanda que nos convida a entrar. Não se trata de nos oferecermos como um especialista a mais, nem um especialista do indeterminado. Permitir o surgimento do sujeito é ignorar o que se sabe antecipadamente e se orientar através da clínica, da constituição do caso singular, sem fascinação ou resistências excessivas às novas tecnologias.

No meio da realidade do incessante desenvolvimento tecnológico, devemos estar atentos às respostas inventadas pelo sujeito, pela via do imprevisível, orientado pela lógica da resposta, e não da causa. Seriam, portanto, as respostas que ultrapassam a nomeação diagnóstica, o resultado do teste de triagem, a marca genética, e que são impossíveis de prever, mas que só são possíveis ao ousar entrar numa prática da contingência, na clínica atrelada ao incerto, mesmo que presente num campo permeado de determinações subjetivas. Cabe ao analista se manter no princípio de incerteza, abrindo uma via que deixe lugar às formas do inesperado (ANSERMET, 2003b). Miller (2003b), no mesmo sentido, afirma que na clínica do nosso tempo podemos experimentar a surpresa e a volta da contingência. O diagnóstico deve, portanto, ser elaborado e praticado como uma arte de julgar um caso sem um código pré-estabelecido. Prática que descobre, no momento presente de cada caso, os princípios que o governam.

Cabe ao médico, como afirma Szpirko (2000), estabelecer uma relação com o doente, e não apenas com a doença, renunciando por um determinado tempo ao saber médico, permitindo que o paciente diga em suas próprias palavras, mesmo que imprevistas ou inapropriadas, aquilo que ninguém pode dizer por ele. O autor não sugere uma substituição da posição de médico pela de psicanalista, pois já justificamos sua presença diante da urgência do organismo, mas a aceitação, pelo médico, no enquadre de sua função, levar em conta algo de inesperado ou ainda fora da nomenclatura médica que o doente carrega consigo. Infelizmente os médicos não estão familiarizados com esse contexto, portanto, trata-se de sensibilizá-los a levarem em conta a singularidade e a afetividade dos interlocutores, sem por isso eliminar uma intenção precisa de seu ofício. Cabe a cada consulta não exclusivamente prescrever, aconselhar ou escutar passivamente, mas também de se tornar testemunha de um discurso singular. Acreditamos que essa sensibilização médica é impedida por inúmeros

fatores, desde a formação acadêmica, voltada para a especialização cada vez maior, quanto à urgência orgânica real que exige uma intervenção precisa e eficiente. Por outro lado, confiamos na capacidade do campo médico em identificar e valorizar uma demanda de intervenção subjetiva, permitindo sua escuta pelo profissional disposto a realizá-la.

Esperamos que o reconhecimento da importância desses elementos permita, como afirmado anteriormente, que, para os bebês triados e acompanhados pelos programas de triagem neonatal, seja reservado o espaço a ser preenchido pelo inesperado, oferecido pela postura que valoriza o método clínico, tanto em medicina quanto em psicanálise. Nesse ponto de convergência está o grande trunfo dessas disciplinas para o refinamento da prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê. Cada novo paciente estará potencialmente pronto a questionar o que já sabemos nesse campo, abrindo as possibilidades para novas descobertas clínicas e científicas que não desconsideram que o indomável é próprio ao sujeito. Cabe à teoria psicanalítica permitir-se questionar diante de novos contextos, tais como os das novas invenções tecnológicas, incluindo aquelas envolvidas na prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê. De outro modo, a psicanálise estaria compactuando com a utilização de um discurso totalizante, impondo um risco à própria integridade do discurso psicanalítico enquanto tal, o risco do obscurecimento do sujeito.

A psicanálise é o campo que propõe outra forma de encarar a direção da cura, onde cada sessão não é antecipada em seu propósito, pautada por uma ética em função do desejo. Ao mesmo tempo, “o especialista deve conhecer a estrutura na qual se movimenta para estar advertido do efeito de suas intervenções. Ao empreender o caminho, deve saber aonde quer se dirigir para poder orientar a direção da cura.” (CORIAT, 1997, p. 72). O fim do caminho, proposto por Coriat (1997) decorrente do trabalho com bebês, é o de propiciar a produção, o nascimento de um sujeito do desejo, por caminhos sempre diferentes em cada caso. É importante também que cada especialista saiba por um fim à fase que lhe coube intervir, no risco de não devolver à criança e aos pais a plenitude de sua relação, com os limites próprios a ela. “No corte é que o especialista, criança e pais resignam-se ao que nunca chegará a se produzir: a cura total.” (JERUSALINSKY, 2010, p. 97).

Consideramos que o bebê que nasce com uma patologia orgânica está submetido às mesmas leis fundamentais para sua constituição como sujeito que os outros seres humanos. Não podemos desconsiderar, em nosso contexto, o peso dos proferimentos diagnósticos que realizam algo além da simples comunicação de um fato. Um peso que estabelece condições, marca lugares, promove alterações, ofusca investimentos afetivos, faz algo no outro (OLIVEIRA; PARLATO-OLIVEIRA, 2008). Sendo assim, a presença do psicanalista se faz

importante na medida em que, além da existência de uma fratura produzida pela ferida narcísica de se receber um bebê diferente do esperado, o responsável pelo bebê pode, muito frequentemente, vacilar na interpretação que convém dar a tal ou qual signo apresentado pelo filho, com impactos significativos em seu percurso de estruturação. Através do estudo da fundamentação teórica psicanalítica, busca-se intervir para que as condutas do bebê possam se desenvolver de modo satisfatório (CORIAT, 1997). Isso não significa dar às condutas do bebê o destino eleito pelo profissional, mas ampliar as possibilidades de desenvolvimento delas para além de certos limites impostos pelo peso dado à nomeação diagnóstica.

O psicanalista se coloca também, no contexto do diagnóstico precoce de doenças graves, como lugar vazio em que se fala o que não pode ser falado ou que não pode ser escutado pela dimensão médica, ao mesmo tempo em que oferece o lugar vazio que permite surgir o sujeito, sem preenchimento de conhecimento ou preconceitos, para que o desejo dos pais produza uma criança única. Não é definitivamente o mesmo que vazio de lugar, trata-se de um vazio em um lugar específico, que se faz necessário num momento também específico (CORIAT, 1997). Em outras palavras, a escuta dirigida pelo inesperado, permite que se dê um lugar a ser preenchido pela singularidade, por aquilo que torna aquele bebê único no mundo. O que não significa anular qualquer expectativa com relação à criança, mas exatamente o contrário: permitir que aquele bebê possa desenvolver-se sem as expectativas que o limitam à nomenclatura diagnóstica e sem prejuízos às suas possibilidades de subjetivação, permitindo-lhe inventar os caminhos ao futuro.

3.4 Sua majestade, o bebê

Como discutido anteriormente, a presença de práticas voltadas ao cuidado com o bebê, como a prática do diagnóstico precoce de doenças graves, é legitimada pela necessidade de uma criança que responda às expectativas dos ideais sociais. Acreditamos na importância em entendermos o peso dos ideais na mobilização de novas práticas de cuidado com o bebê. Perguntamo-nos: o que convoca a criança a ocupar o lugar de promessa de realização dos ideais?

As contribuições de Freud (1914/1996) a respeito do conceito de narcisismo lançam luz sobre nossa questão. Como o autor explica, o narcisismo é considerado como parte do curso regular do desenvolvimento sexual humano e vivido primeiramente como um estado precoce em que a criança toma a si mesma como objeto de investimento amoroso, antes de

escolher objetos exteriores. Verificamos que, posteriormente, o investimento libidinal³² original do ego será, em parte, dirigido aos objetos. O narcisismo, como estrutura permanente do sujeito, é definido como o movimento da libido que se afasta do mundo externo e se dirige para o ego. Essa concepção, fundamentalmente, reconhece que o investimento do ego persiste e se relaciona aos investimentos nos objetos: quanto mais um deles é empregado, mais o outro se esvazia.

Em outras palavras, o narcisismo é o estado, decorrente do desenvolvimento do ego, caracterizado por uma relação dinâmica em que o indivíduo pode tomar a si mesmo como objeto de investimento libidinal, e a partir disso, tomar também os objetos externos como alvos de seu investimento. Desse modo, segundo Freud (1914/1996), o desenvolvimento do ego consiste no afastamento do narcisismo vivido primeiramente na infância, o que dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado recoberto de toda perfeição de valor, definido como um ego ideal. A idealização, para o autor, é o processo em que o objeto, sem qualquer alteração em sua natureza, é engrandecido e exaltado na mente do indivíduo. Esse ego ideal torna-se o alvo do amor de si mesmo desfrutado na infância pelo ego real.

Nesse sentido, como afirma Freud (1914/1996), o narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal. Ao mesmo tempo, o indivíduo se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação outrora desfrutada, e renunciar à perfeição narcisista de sua infância. Ao passar dos anos, com o desenvolvimento de seu julgamento crítico e vivência das agruras da vida, percebe que não há mais como reter aquela perfeição e procura recuperá-la sob a nova forma de ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal. Assim, a satisfação narcísica pode ser alcançada através da realização desse substituto, denominado ideal do ego. Porém, ele impõe severas condições à satisfação da libido por meio de objetos, pois faz com que alguns deles sejam rejeitados por seu censor como sendo incompatíveis. Logo, o ego real passa a ser criticamente observado e medido pelo ideal do ego. Tudo que possuir a excelência que falta ao ego para torná-lo ideal será amado, como afirma o autor. O que as pessoas se esforçam por atingir como sendo sua felicidade é tornarem a ser seu próprio ideal, como na infância. Ampliando a perspectiva do ideal para além do seu aspecto individual, encontramos seu aspecto social, pois constitui também o ideal comum de uma família, uma classe ou uma nação.

³² O conceito de libido é formulado por Freud e refere-se à energia (entendida numa dimensão quantitativa, embora não mensurável de maneira efetiva) da pulsão. Esta é definida como movimento dinâmico que dirige o organismo a um objetivo. O investimento libidinal refere-se ao fato dessa energia psíquica se encontrar ligada a um objeto (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

A partir desse breve comentário teórico, encontramos elementos esclarecedores do peso da noção de ideal na significação dada ao bebê. Primeiramente, a criança ocupa um lugar de promessa de realização dos ideais parentais, na medida em que é recoberta como detentora da revivescência do narcisismo abandonado por eles. O bebê representa a oportunidade de resgate do tempo que passou por tratar-se de uma nova vida que se inicia; uma nova chance de apagar a marca do que não pôde ser realizado por seus pais na direção do cumprimento de seus próprios ideais, efetuando um ofuscamento da mortalidade parental.

Segundo Freud (1914/1996), se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, reconheceremos que ela é uma revivescência do próprio narcisismo parental renunciado em seu passado. A supervalorização característica do tipo narcisista de escolha objetal domina as atitudes emocionais dos pais e se reflete na atribuição de todas as perfeições ao filho, ocultando e esquecendo todas as deficiências dele, o que uma observação sóbria não permitiria. Por conta das aquisições culturais que o narcisismo parental foi forçado a respeitar, os pais agora reivindicam, em nome da criança, aos privilégios por eles próprios abandonados no passado. Nas palavras de Freud (1914/1996):

A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação — ‘Sua Majestade o Bebê’, como outrora nós mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram — o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior (FREUD, 1914/1996, p. 98).

Independentemente do contexto, pertence à relação estabelecida entre o bebê e seus pais uma promessa de realização que se delinea no nascimento da criança. Como comentamos, essa representação de criança caracteriza-se numa determinação da implicação de futuro que recobre sua atualidade. Desse modo, segundo Vorcaro (2004), a criança fica exposta a inúmeras operações de aderência imaginária aos ideais de quem acolhe suas manifestações, potencializadas por sua insuficiência subjetiva. Acreditamos que o desenvolvimento de práticas de cuidado com o bebê é legitimado pela significação dada à criança como promessa de realização dos ideais sociais. Compreendemos o peso dos ideais no campo social das práticas de cuidado a partir da mesma lógica presente no aspecto individual.

Garantir a sobrevivência e desenvolvimento do bebê é recobri-lo, no momento presente, com a aposta de reparação dos fracassos sociais³³, de busca pelo que ainda não pode ser realizado pela sociedade, de garantias quanto aos valores sociais (saúde, vida etc.) e de certeza futura diante da finitude humana. Esses são os elementos que evocam o lugar dado à criança nesse contexto. O sucesso da prática diagnóstica permite sua afirmação como uma intervenção necessária a realização desses ideais. Portanto, os ideais sociais mobilizam e legitimam a criação de práticas de cuidado, pois elas constituem-se, através de cada vida resguardada, como meio de acesso do campo social à revivescência de um estado de perfeição próprio ao narcisismo outrora abandonado. A invenção tecnológica do diagnóstico precoce de doenças graves testemunha o poder da vivência do narcisismo infantil no desenvolvimento de práticas de cuidado com o bebê.

Segundo Vorcaro (2004), o termo diagnóstico significa reconhecimento, construído a partir da observação. Esse método busca explicar a criança e determinar o que nela resiste ao ideal de saúde, respondendo “ao que causa a discrepância da criança em relação ao ideal que nela se encarna” (VORCARO, 2004, p. 37). Ressaltamos que o procedimento diagnóstico torna-se recurso sistemático dos especialistas diante de um risco, localizado na criança, ao ideal social que ela encarna. O diagnóstico é utilizado como resposta ao mal-estar que a infância denuncia, sustentando a promessa de solucioná-lo. Ainda segundo Vorcaro (2004):

O discurso social, através de seus agentes e de seus aparelhos, propõe a segurança de métodos rigorosamente científicos, para detectar o entrave que a criança pode representar ao projeto social, quando se manifestam indícios de morbidade em seu funcionamento social (VORCARO, 2004, p. 35).

No contexto da triagem neonatal, a ferida narcísica parental aberta pela marca diagnóstica pode fazer vacilar o lugar do neonato enquanto projeto de realização dos ideais sociais e também parentais, o que direcionaria o reconhecimento do bebê pela insígnia genética, orientadora dos atos de seus pais e demais especialistas, sobre ele. Com efeitos diretos nas suas possibilidades de subjetivação, o recém-nascido ficaria condenado a uma nomeação diagnóstica, sem abertura à novidade que cada sujeito comporta.

³³ Como exemplo, segue trecho do relatório da UNICEF (2008b), sobre a importância da sobrevivência infantil: “O investimento na saúde de crianças pequenas é uma atitude sensata por diversas razões que extrapolam a dor e o sofrimento causados pela morte de até mesmo uma única criança. Privar bebês e crianças pequenas de cuidados básicos de saúde e negar-lhes os nutrientes necessários para que cresçam e se desenvolvam significa condená-las a uma vida de fracassos. No entanto, crianças bem nutridas, que recebem cuidados e vivem em ambientes seguros e estimulantes têm maior probabilidade de sobreviver, de contrair doenças com menor frequência, e de desenvolver habilidades emocionais, sociais, de raciocínio e de linguagem. Quando ingressam na escola, têm maior probabilidade de ter sucesso. E mais tarde, ao longo da vida, têm maior probabilidade de se tornar membros criativos e produtivos da sociedade” (UNICEF, 2008b, p. 3).

Porém, para além dessa constatação, o que se depreende quando um risco de vida real, tal como na triagem neonatal, se coloca no contexto da vida desse núcleo familiar? Ao acompanharmos os pacientes e seus familiares, muito recorrente era questão dirigida aos especialistas de uma possível ameaça à sobrevivência do bebê, logo após a confirmação do resultado do “teste do pezinho”. Apesar de todas as doenças triadas apresentarem o risco de morte, ela só ganha tal magnitude após certo período sem acompanhamento. Ultrapassando essa explicação racional, sabemos que, para uma família que nunca se deu conta da existência ou da possibilidade de um quadro patológico decorrente de uma marca genética, essa notícia é compreendida como grave, e assim concordamos. Trata-se de um acompanhamento que deve ser realizado com cautela, dada sua urgência orgânica e a própria permeabilidade do recém-nascido às influências fisiológicas e ambientais. No entanto, não desconsideramos as contribuições de Fernandes (2010) diante do fato de que, para a dimensão parental, desde o início o risco à sobrevivência de seu filho é vivido enquanto fantasia, independentemente da presença de um marcador biológico.

É inegável a potencialização da angústia diante da morte do bebê construído pela dimensão imaginária de seus pais. O uso da ideia de potencialização indica que essa morte sempre se dá – no nível do projeto –, pois o bebê real, felizmente, sempre se distancia daquele imaginado. Essa distância é que o torna singular. No entanto, o peso do discurso científico no contexto do diagnóstico provoca um turvamento que dificulta a nomeação da criança pelos pais, pois o impacto produzido no discurso parental faz com que este não veja mais as possibilidades anteriormente idealizadas e desejadas na gestação. Abre-se um buraco marcado pelo medo, incerteza, pelo desconhecido e pelo desajuste das expectativas. O discurso científico presentifica a angústia diante da morte do bebê desejado (OLIVEIRA; PARLATO-OLIVEIRA, 2008). O neonato é percebido, usando o raciocínio de Allouch (2004), em tudo que ele não soube realizar. Como afirma o autor, o problema não é a duração de vida, a longevidade, mas a necessidade de certo tempo para que algo, seja o que for, se cumpra. No contexto diagnóstico, a suscetibilidade à morte provoca nos pais o horror diante do que o bebê seria no ideal parental, convocando-os a uma simbolização, que é o trabalho de luto, especialmente influenciada por um saber científico. Será impossível determinar os desdobramentos da leitura parental sobre a marca diagnóstica, o que não exclui a importância da busca de sua superação enquanto único modo de reconhecimento do bebê.

Fernandes (2010), ao explorar os elementos que envolvem a clínica psicanalítica com crianças pequenas ou que ainda não falam, ressalta a insistência de dois temas que definem uma particularidade dessa clínica. São eles o tema da morte – do ponto de vista dos

cuidadores – e o da manifestação da invasão – do ponto de vista das crianças. Como discutimos, no contexto da triagem neonatal, a fantasia de morte desse filho expressa na ideia: “meu filho pode (vai) morrer” é presente e recorrente. Partindo da ideia de que o luto diante da morte tem como significado a perda de um pedaço de si, levado pelo morto, Fernandes (2010) se pergunta o que poderia o filho levar de seus pais quando morre. Como resposta, a ideia de continuidade e pertencimento, o ideal de transmissão e a quebra do jogo especular propiciado pelo filho, além da possibilidade de serem pai e mãe de um filho. O fantasma da morte de um filho só se organiza nesses termos para os pais na medida em que ele ainda não realizou alguns ideais parentais. O que é insuportável nessa morte é o que não se cumpriu da vida do filho para os pais.

Mais pertinente ainda, para Fernandes (2010), é o real que o bebê provoca nos agentes parentais, enquanto pedaço de carne que afronta, por sua precariedade simbólica, o fantasma do pavor da morte nos pais. Também como signo de vida, o bebê causa nos pais uma angústia diante de uma vida, que ao ensaiar seu luto em pensamento, seria desejante. Nas palavras de Allouch (2004), “não se pode perder quem não viveu” (ALLOUCH, 2004, p. 346). Para esse autor, o paradigma do luto é o luto do filho. “Quanto menos tiver vivido, segundo o enlutado, aquele que acaba de morrer, mais sua vida terá, a seus olhos, permanecido uma vida potencial, mais assustador será seu luto, mais necessária será essa convocação do simbólico.” (ALLOUCH, 2004, p. 347). Portanto, essa morte convoca os pais à simbolização desse luto, no sentido de fazer existir um bebê em seu imaginário, para que daí possa perdê-lo.

O raciocínio apresentado por Fernandes (2010) e Allouch (2004), relativo ao tema da morte está em sintonia com o exposto acerca do peso dos ideais na prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê. A possibilidade de morte do neonato é vivida de maneira concreta pelos pais, não por uma incapacidade do tratamento, mas pela vivência de um risco à integridade do bebê logo após o nascimento, despertando uma angústia real que os convoca a um trabalho de luto antes mesmo de conviver um longo tempo com seu bebê. Ao invés de partilharem uma experiência de reconhecimento desse novo membro familiar, os pais estão dirigidos à elaboração da ferida narcísica e do luto do bebê imaginário, decorrente de uma nomeação diagnóstica. Investigaremos, mais adiante, os efeitos desse contexto na constituição subjetiva do bebê.

Pretendemos discutir, do ponto de vista da leitura da criança, se essa vacilação é sentida por ela como uma invasão ameaçadora do Outro parental, traduzida nos trejeitos, gestos, pensamentos dos pais, em constante vigilância no cuidado com a criança, como sugere Fernandes (2010). Estamos investigando o contexto da triagem neonatal, voltado para a

verificação constante do funcionamento adequado do organismo pelos especialistas, e um tratamento que exige disciplina em seu seguimento por toda a vida, o que implica certa vigilância desse paciente mesmo fora do ambiente médico. A grande maioria dos pacientes acompanhados pelo PETN-MG à época de nossa experiência nesse contexto apresentou bons resultados de exame e apresentou desenvolvimento dentro do esperado para a idade. Interessamos entender a percepção do cuidado vigilante a partir dos efeitos sobre a criança, portanto, a partir das noções sobre sua constituição subjetiva. Ao mesmo tempo, ao escutarmos os pais³⁴, principalmente daqueles pacientes que apresentam alterações nos exames em decorrência de uma transgressão das prescrições médicas, muito frequente é a queixa de que seu filho não tem “limites”³⁵. A postura educacional do especialista diante desses casos não se mostrava suficiente para a solução do problema, que, ao ser escutado pelo psicólogo integrante da equipe, revelava uma posição parental diante do diagnóstico que o impedia de seguir à risca a prescrição. A não aceitação do diagnóstico era comum àqueles que iniciavam o tratamento, mas também presentes em alguns casos com maior tempo de acompanhamento. Na medida em que buscamos entender os efeitos do diagnóstico precoce de doenças graves na constituição subjetiva do bebê, nos interessa compreender como as resistências ao tratamento e ao diagnóstico também participam desse processo, assim como os casos de cumprimento da prescrição, o que será discutido no capítulo seguinte.

3.5 Diagnóstico precoce e intervenção a tempo

Dentro de nossas reflexões, podemos nos questionar: quais as contribuições de uma prática dirigida ao bebê baseada na concepção psicanalítica para o estudo do nosso tema?

Utilizaremos primeiramente as contribuições de uma das psicanalistas precursoras na intervenção com crianças acometidas por graves problemas orgânicos, Maud Mannoni. A respeito do valor dado à doença em psicanálise, a autora esclarece que esse valor não será subestimado, mas o que se procura evidenciar é como a situação real é vivida pela criança e sua família, ou seja, no “valor simbólico que o sujeito atribui a essa situação em ressonância a certa história familiar” (MANNONI, 2003, p. 59). Segundo a autora, as falas pronunciadas pelo meio a respeito da doença é que vão adquirir importância para a criança, que permitem a criação nela da dimensão da experiência vivida. As falas permitem também a verbalização de

³⁴ Isso significa que a escuta pelo psicólogo, na maioria dos casos, era dos pais de crianças pequenas. À época da experiência com o contexto da triagem neonatal, a maioria dos pacientes era composta por bebês e crianças até 10 anos e por uma minoria de adolescentes.

³⁵ Queixa relacionada às dificuldades da criança em seguir regras, à indisciplina.

uma situação dolorosa que pode abrir espaço a um novo sentido para o que vive. Desse modo, a dimensão da fala permite a expressão da singularidade da significação dada à doença, evidenciando os efeitos da linguagem na expressão da subjetividade.

Independentemente do estado real de deficiência ou perturbação da criança, o psicanalista deve escutar o que está congelado em uma angústia ou indisposição corporal. É preciso fazer falar o sujeito até então escondido em um sintoma ou tipo particular de relação com o ambiente. O corpo do neonato exhibe marcas do modo de interação estabelecido entre o bebê e seus pais. Ao mesmo tempo em que a criança é marcada pelo modo como é esperada por seus pais antes do seu nascimento, ela também será significada, após seu nascimento, em função da história de cada um deles. A existência real da criança irá se chocar com as projeções parentais inconscientes, de onde vêm os equívocos (MANNONI, 2003). Mais uma vez, a possibilidade de inúmeros arranjos simbólicos que ultrapassam a determinação de uma marca orgânica aparece em nosso contexto. O fato genético não é por si só determinante de uma relação específica do sujeito com seu quadro orgânico.

Por outro lado, segundo Mannoni (2003), se a criança tem uma impressão de que qualquer acesso a uma fala verdadeira lhe é vedado, pode procurar na doença uma possibilidade de expressão. A ruptura com um discurso alienado, no sentido de pertencer aos outros e a opinião, representa para o sujeito uma aventura penosa, que cabe ao analista sustentar.

Como afirma Jerusalinsky (2002), há um paradoxo entre a proliferação de técnicas e publicações dedicadas ao bebê, ao mesmo tempo em que se observa uma dificuldade em reconhecer que é possível ter problemas tão cedo na vida. Tais problemas não se limitam às questões orgânicas, mas também são relativos à constituição psíquica do bebê e ao modo como tal constituição incide no funcionamento de suas funções orgânicas. Na qualidade de depositário das esperanças de transcendência e realização parental, torna-se doloroso para os pais que seja o bebê o atingido por um problema, que padeça de uma dificuldade.

Os bebês são trazidos ao tratamento com um psicanalista quando falham em relação ao que deles se esperava; ou, ainda, quando, no seu nascimento, a comunicação do diagnóstico da patologia que ele apresenta, ou o exercício da maternidade ou da paternidade produzem algum obstáculo, um padecimento no circuito de realização de ideais sociais e parentais (JERUSALINSKY, 2002). Discutimos a primazia da prática diagnóstica em reconhecer a distância entre o bebê real e seu projeto. Ao mesmo tempo, foi a clínica, segundo Jerusalinsky (2002), que impôs a necessidade de estabelecer uma intervenção específica que sustentasse, junto ao bebê e à sua família, as condições que possibilitam a constituição psíquica e o

desenvolvimento. Com o avanço científico, foi sendo possível a realização de diagnósticos mais acurados, mas, apesar do acesso a diagnósticos orgânicos precoces, não era possível uma intervenção clínica que contemplasse a especificidade apresentada por bebês com problemas de desenvolvimento.

Segundo Barbosa (2007), a intervenção precoce se apoia em duas proposições fundamentais e interdependentes: a importância dos primeiros anos na constituição do sujeito e o alto grau de mobilidade das formações psicopatológicas até a puberdade, fundamentado no conceito de plasticidade cerebral.

Mesmo antes de nascer, o bebê está inserido numa cadeia simbólica, ou seja, numa linguagem que irá representá-lo. Porém, seu aparelho psíquico só poderá receber a inscrição das marcas significantes na relação estabelecida com o desejo do Outro, aquele que se ocupa do bebê. Ele poderá ler seu lugar no desejo de seus pais através da maneira como falam e lidam com ele, como satisfazem suas necessidades, se seus gestos são endereçados a esse Outro e que sentidos assumem para ele. Isso não ocorre de maneira desvinculada do tempo cronológico. Há nesse primeiro tempo da estruturação psíquica uma dependência vital ao tempo real (BARBOSA, 2007). Como afirma Coriat (1997), a estrutura de linguagem, na qual nasce e morre cada sujeito, é atemporal. Porém, não é assim sua instalação em cada sujeito. Ao longo do tempo sucedem-se implicações do sujeito na estrutura que são qualitativamente diferentes. Tratam-se de tempos lógicos, que são os mesmos para a constituição de qualquer sujeito, enquanto os tempos cronológicos são diferentes. Em seus aspectos centrais, no entanto, essas diferenças estão situadas dentro de certa margem temporal. Encontramos o mesmo raciocínio em Laznik citado por Barbosa (2007), no sentido de que o que confere possibilidade de fazer suplências, para que se possam instaurar as estruturas que suportam o funcionamento inconsciente antes que uma possível deficiência se instale, decorre da plasticidade neuronal, portanto, a idade da intervenção é um dado central.

A razão da intervenção precoce é o bebê, segundo Barbosa (2007). O bebê pode ser diferenciado privilegiadamente de outros objetos por sua “particular receptividade às marcas do simbólico e ao peculiar efeito que estas marcas produzem nele” (CORIAT, 1997, p. 92). Define o bebê como “um *infans* recoberto pelo envoltório imaginário com o qual é olhado pelo adulto” (CORIAT, 1997, p. 92).

Ao relacionarmos o diagnóstico precoce e intervenção a tempo, buscamos colocar em relevo a questão da prevenção presente na prática do primeiro conceito, que supõe uma antecipação ao acontecimento, *versus* um ato localizado num tempo nem anterior, nem posterior, mas preciso e necessário. Primeiramente, em psicanálise, há um obstáculo na

antecipação da aparição de um sintoma, decorrente da imprevisibilidade inconsciente. Logo, a ideia de prevenção em nosso contexto não se ligará ao sentido de evitamento do sintoma por uma ação anterior. Sabemos que o sintoma em psicanálise não deve ser eliminado para garantia de seu sucesso. Poderíamos nos questionar, como o faz Campanário (2008), se o uso da prevenção em psicanálise não significa ir contra seus princípios, pois, desde o início, a psicanálise não prevê, e sim trabalha com o só-depois. Não podemos esquecer que o sujeito é indomável à estratégia científica; portanto, sempre escapará. Logo, não há garantias de intervenção analítica de antemão, o que não impede nossa aposta na existência do inconsciente e do surgimento do sujeito.

Concordamos com Barbosa (2007) ao afirmar que a prevenção é a antecipação de uma intervenção, uma possibilidade de diagnóstico precoce que permita o diálogo interdisciplinar para que se possa intervir o mais cedo possível, antes que as psicopatologias se instalem e a estrutura se defina, ou para permitir uma melhor instauração da estrutura psíquica. No contexto que motiva nossa discussão, o do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê, acreditamos encontrar elementos favoráveis ao desenvolvimento de uma prática diagnóstica voltada à valorização da subjetividade do bebê. A interdisciplinaridade como base das intervenções, a dedicação no acompanhamento próximo e contínuo da vida do bebê e seus pais, o evidenciamento constante, por parte dos pacientes, das lacunas nas categorias diagnósticas, são os principais exemplos. Queremos aproximar a noção de prevenção ao estatuto de uma questão que interroga o ideal estratégico de controle, que ressalta o particular. Prevenir também seria antecipar o sujeito, quando seus pais, os médicos que o diagnosticam ou aqueles que se ocupam do bebê não puderem ver além do organismo, e, acrescentamos, além da marca diagnóstica. Podemos intervir aí antecipando um sujeito, única prevenção possível, porém sem garantias, incompleta (CAMPANÁRIO, 2008). O diagnóstico precoce de doenças graves no bebê pode se constituir, desse modo, como prática encorajadora do desenvolvimento do bebê em suas dimensões física e subjetiva. Ele pode ultrapassar a noção de prevenção baseada na mera nomeação diagnóstica e incluir em seu objetivo de cuidado a antecipação de um sujeito. A este, cabe a tarefa de construir, com a ajuda das invenções tecnológicas e com os elementos contingenciais que dispõe, sua subjetividade, de inventar-se como sujeito.

Diagnosticar um bebê pode se tornar uma prática indecifrável, se não dedicamos a ela a energia necessária para a formulação de uma boa questão, que sustente nela os pontos de tensão entre medicina e psicanálise, mas dirigindo-se para os pontos de convergência, que façam do uso de instrumentos diagnósticos uma prática verdadeiramente comprometida com

sua proposta de garantir melhorias nas condições de desenvolvimento físico e psíquico de cada criança. É preciso que essa prática seja compartilhada, e não generalizada.

Cada vez mais as técnicas de detecção precoce têm ampliado seu campo de atuação e o desenvolvimento técnico tem nos mobilizado a refletir suas consequências. O impulso preventivo que intenta garantir um destino diferente daquele traçado pela doença, muitas vezes tem encarnado, à revelia dos especialistas, o convívio com o incurável. Por outro lado, é graças à antecipação preventiva dirigida àqueles que iniciam o longo caminho humano que podemos nos colocar a trabalho e insistir na importância da continuidade de um investimento necessário a cada nova criança. No entanto, não podemos desconsiderar a urgência de reflexão diante da amplitude dos efeitos dessa antecipação, além de suas propriedades, questões pouco esclarecidas que ganham corpo especialmente no campo psicanalítico.

A prática do diagnóstico precoce caminha ao lado da noção de prevenção, que procura evitar o destino ditado pela doença. Essa característica “futuologista” da prevenção, mesmo incompatível com a psicanálise, implica seu debate (VORCARO, 2010b). Prevenir não nos impede, portanto, de reconhecer um sujeito psíquico para além da nomenclatura diagnóstica, nem desvia uma aposta no seu surgimento, mesmo que seu vir-a-ser não seja diagnosticável. Portanto, nosso raciocínio deve dirigir-se para possibilidades de se reconhecer um sujeito no contexto de prevenção. Como Vorcaro (2010b) nos indica, essa possibilidade decorre do ato de fazer incidir a função da fala na relação técnica estabelecida com o neonato, permitindo o ato da invenção, da suposição, da antecipação e interpretação de um sujeito, além de se sobrepor ao exercício anônimo de protocolos de técnicas de cuidado.

Nesse sentido, poderemos ampliar os desdobramentos decorrentes da presença da prática do diagnóstico precoce para além do fato genético, ressaltando a importância da dimensão da linguagem. Essa característica específica do humano é também responsável por encadear as genealogias entre os sujeitos. De uma geração para outra, além do código genético, também se transmite a linguagem (SZPIRKO, 2000). Portanto, não se trata de expor o bebê à linguagem, pois ele já está nela, mas de “banhá-lo dos efeitos que o ato da fala endereçada – mesmo que sem garantias – pode antecipar quanto ao engajamento com um ser de desejo” (VORCARO, 2010b, p. 621).

Podemos afirmar que os elementos particulares do contexto da prática do diagnóstico precoce de doenças graves se articulam aos primórdios do desenvolvimento humano, em que a incidência dos processos de maturação biológica do organismo, suas condições objetivas de desenvolvimento físico vinculam-se às características psicológicas, denominadas em nossa área de interesse como constituição do sujeito psíquico. Desse modo, nos é oportuno refletir

como esse contexto afeta a estruturação psíquica do neonato. Nesse sentido, concordamos com a afirmação de Oliveira e Parlato-Oliveira (2008):

Investigar as correlações entre o dizer e o diagnóstico e suas consequências na estruturação da criança permite vislumbrar novas formas de ser sem os limites de estado do sujeito, permitindo a identificação dos discursos parentais que se tornam esvaziados de predicação desejante, o que nos permite elaborar uma análise que (d)enunciam os mesmos, e fornece elementos para a compreensão dos processos dialógicos constitucionais presentes na relação entre aquele que promove o diagnóstico e as famílias de crianças portadoras de agravos à saúde de forma geral (OLIVEIRA; PARLATO-OLIVEIRA, 2008).

Essa afirmação se concentra no seguinte ponto: a relação entre linguagem e a estruturação subjetiva, especificamente num contexto de diagnóstico. Como afirmam os autores, a estruturação da criança está amarrada no diagnóstico, que se localiza e se produz através de um discurso assertivo – o científico – que repercute na estruturação dos dizeres, pois a língua nos habita e nos conforma. A caminhada realizada pela criança para sua estruturação subjetiva revela a possibilidade de a criança tornar-se sujeito na e da linguagem. Porém, como esta não é objetiva, e sim tomada de forma singular pelo sujeito, não se apresenta transparente. Ela coloca o sujeito a trabalho em seus processos identificatórios, seus sentidos e seu saber no discurso (OLIVEIRA; PARLATO-OLIVEIRA, 2008). No próximo capítulo, vamos investigar os detalhes do trabalho realizado pelo neonato no início de sua caminhada na direção de sua estruturação como sujeito, tomando como referência o contexto do diagnóstico precoce de doenças graves.

4 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NO CONTEXTO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS GRAVES NO BEBÊ

Mas, então, de repente, Miguilim parou em frente do doutor. Todo tremia, quase sem coragem de dizer o que tinha vontade. Por fim, disse. Pediu. O doutor entendeu e achou graça. Tirou os óculos, pôs na cara de Miguilim.

E Miguilim olhou para todos, com tanta força. Saiu lá fora. Olhou os matos escuros de cima do morro, aqui a casa, a cerca de feijão-bravo e são caetano; o céu, o curral, o quintal; os olhos redondos e os vidros altos da manhã. Olhou, mais longe, o gado pastando perto do brejo, florido de são-josés, como um algodão. O verde dos buritis, na primeira vereda. O Mutum era bonito! Agora ele sabia. Olhou Mãitina, que gostava de o ver de óculos, batia palmas-de-mão e gritava: — “Cena, Corinta!...” Olhou o redondo de pedrinhas, debaixo do jenipapeiro.

Olhava mais era para Mãe. Drelina era bonita, a China, Tomezinho. Sorriu para o Tio Terez: — “Tio Terez, o senhor parece com o Pai...” Todos choravam. O doutor limpou a goela, disse: — “Não sei, quando eu tiro esses óculos, tão fortes, até meus olhos se enchem d’água...” Miguilim entregou a ele os óculos outra vez. Um soluçozinho veio (ROSA, 1994, p. 542).

Nossa discussão nos trouxe ao momento de analisar o caminho percorrido pela criança no processo de sua constituição subjetiva, tomando como referência o contexto da triagem neonatal. Utilizamos o termo “caminho” no singular, não porque anunciamos um destino padronizado ao bebê diagnosticado precocemente, mas por defendermos que a construção da singularidade que torna cada nascimento uma novidade é um processo constituído por uma dimensão lógica, além de cronológica. Isso significa compreender a criança como fruto da produção de diversos saberes e contextos localizáveis historicamente – tal como demonstramos anteriormente – que, independentemente de sua conseqüente variação, inclui um sujeito, único e invariável, que constrói a própria história, dando um sentido particular ao vivido.

O surgimento de um sujeito é o resultado de uma série de operações que se iniciam antes mesmo de seu nascimento. Como foi discutido, a antecipação de um sujeito é essencial para que daí ele possa advir. O contexto do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê fornece elementos que participarão do processo de sua constituição subjetiva, relativos ao peso da nomeação diagnóstica que atinge o neonato nos primórdios de seu nascimento e às intervenções decorrentes do acompanhamento especializado. Como desdobramento desses elementos, encontramos uma possibilidade de influência nos atos dirigidos à criança por aqueles que se ocupam dela, com efeitos em sua subjetividade. Ao mesmo tempo, pretendemos evidenciar como o contexto do diagnóstico precoce também se constitui como o ambiente agregador de recursos voltados à valorização e abertura à singularidade. A proximidade e frequência do contato entre especialistas e o núcleo familiar proporciona a

construção conjunta do saber sobre cada criança a partir da presença de um olhar que lhe permita ser única.

Para alcançarmos nosso intento, utilizaremos o referencial psicanalítico na tentativa de entender como se dá o processo de constituição do sujeito. Esse percurso inclui a exploração das contribuições de Freud e Lacan – e seus comentadores – sobre o tema, e sua articulação com os elementos presentes no contexto do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê.

Dessa maneira, ressaltamos primeiramente a ruptura proposta pela abordagem freudiana ao revelar a existência da sexualidade infantil, afastando-se da perspectiva da criança como ser frágil e inocente. Qualificando a criança como perversa polimorfa, e estendendo seus efeitos ao adulto, Freud inaugura um avanço na teoria psicanalítica a partir da concepção da organização da sexualidade infantil como determinante no regime de funcionamento psíquico. Essa perspectiva nos coloca diante da discussão sobre os efeitos desse modo de leitura da criança numa prática de cuidado, como a do diagnóstico precoce, que propõe resguardá-la, utilizando-se do referencial biológico. Veremos que um dos desdobramentos da leitura psicanalítica sobre a criança é a diferenciação entre as noções de infância e infantil. A psicanálise constitui-se enquanto teoria que ultrapassa a concepção de infância e inaugura o interesse pelo infantil, ou seja, pelos efeitos da sexualidade infantil no adulto.

O caminho para a compreensão da noção de sujeito em Freud será percorrido de maneira pontual, na medida em que nos esclareça quais elementos definirão o que chamamos sujeito. Sabemos que conceito de sujeito não é formalizado por Freud. Termos mais genéricos e amplos de seu vocabulário foram utilizados para referir-se à estrutura da personalidade psíquica, mas não correspondem um campo conceitual fundamentado. No entanto, o desenvolvimento da teoria pulsional contém os princípios da noção de uma posição subjetiva que ultrapassa o uso coloquial adotado por Freud do termo sujeito e fornece elementos à trama que definirá o conceito tal como é formalizado posteriormente por Lacan.

Buscaremos, com as teorizações lacanianas, esclarecer a importância da linguagem e da dimensão lógica na constituição subjetiva. O conceito de sujeito é central na obra de Lacan. Diante de sua vasta teorização, concentrar-nos-emos nos conceitos, na medida em que nos ajudem a entender os efeitos do diagnóstico precoce nas operações lógicas consideradas como base da estrutura subjetiva. A noção de estrutura também será discutida em sua relação com a perspectiva de desenvolvimento psíquico. Examinaremos como a questão de um processo evolutivo de maturação psíquica é tomada de forma crítica pela psicanálise. A existência do campo da linguagem revela que, no processo de amadurecimento do organismo

humano, o surgimento do sujeito é marcado por uma descontinuidade radical. Portanto, esse surgimento só pode ser entendido numa dimensão lógica que é própria a todo sujeito, ocorrida num tempo real variável em cada caso, mas situado por certa margem temporal.

Se “a estruturação do sujeito é o percurso desde o momento em que um adulto atribui significação para o organismo neonato, até o momento em que ela mesma, a criança, pode evocar e referir-se à sua significância, num laço social” (VORCARO, 1998), precisamos percorrer as principais etapas pertencentes ao processo de constituição do sujeito, a partir da proposta lacaniana da trançagem do nó borromeano. Ele estabelece a estrutura daquilo que Freud definiu como realidade psíquica e sua trançagem representa uma trama que determina a particularidade do sujeito (VORCARO, 2004). Quais os efeitos do diagnóstico precoce na composição dessa trama? Essa é a questão que nos guia. Utilizaremos o modelo do nó borromeano como referência para nossa discussão, pois ele permite examinar cada etapa envolvida na trançagem da constituição subjetiva e supõe, a partir da singularidade de cada nó, a possibilidade de múltiplos arranjos em sua amarração, o que pretendemos transpor ao contexto do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê.

4.1 Da criança freudiana ao sujeito

Segundo Vorcaro (2004), “[...] o percurso da aproximação da psicanálise à criança sofre a incidência do modo de entrada do discurso na obscuridade da infância” (p. 21). Como a autora afirma, lembrando Freud, a teoria psicanalítica não poderia ter ficado imune à rede discursiva que definiu e construiu o termo criança, modo que angula certas condições clínicas de visibilidade. É importante definir em que medida essa influência foi apropriada pela teoria e a definiu como referência de saber sobre a criança. De antemão, podemos dizer que a teoria psicanalítica partiu do trabalho com o adulto, para depois se deparar com a criança remontada nos relatos de cenas e lembranças dos pacientes de Freud.

A partir da teoria freudiana a questão da importância do passado se delineou a partir de diferentes contextos. Invariavelmente, o sintoma sempre convocou ao trabalho de rememoração de lembranças. Ansermet (2003a) ressalta o momento em que Freud se pergunta se as lembranças emergem verdadeiramente da nossa infância ou se elas apenas se reportam à nossa infância, já que nas memórias fatos importantes são esquecidos – como na amnésia infantil – e fatos aparentemente insignificantes são conservados com grande nitidez. O laço frequentemente encontrado entre um resto mnêmico e uma fantasia presente levou Freud até a idéia de que as lembranças infantis poderiam ser apenas o suporte de fantasias ou desejos

ulteriores, projetados retroativamente. Rememorar seria sempre um laço entre uma realidade histórica e uma determinação fantasística. Como consequência, Freud passa de uma clínica do observável para uma clínica da fantasia inconsciente (ANSERMET, 2003a).

Desse modo, é assumida a importância da realidade psíquica em detrimento da realidade material. Nessa nova hipótese, a infância e a sexualidade continuavam fortemente presentes, pois revelavam exatamente a atividade sexual infantil que se tentava encobrir pela via da fantasia de sedução. Essa correção, segundo Freud (1906/1996), o faz abandonar a hipótese da ocorrência de traumas sexuais na infância e inaugura o que ele denomina “infantilismo da sexualidade”, uma permanência no adulto do estado infantil da sexualidade. Nesse momento, para Freud (1905/1996), o entendimento do funcionamento psíquico está associado à compreensão de que a sexualidade encontra-se presente desde o início da vida do indivíduo, passando por um longo processo de organização durante a infância. Observando as manifestações sexuais infantis, é possível localizar os traços essenciais da pulsão, sua evolução e composição a partir de diferentes fontes. Esses fatores permitem compreender como a atividade psíquica foi circunscrita pela disposição infantil.

Freud (1905/1996) justifica dessa maneira seu interesse no estudo da vida sexual das crianças, pois a observação dessas manifestações revela os traços essenciais da pulsão sexual. O autor qualifica a criança como portadora de uma disposição sexual constitucional variada que busca a satisfação predominantemente no próprio corpo, designando-lhe a denominação “perversa e polimorfa”. O autor afirma ainda que a opinião popular de que a sexualidade é ausente na infância é responsável pela negligência dos estudos sobre as condições básicas da vida sexual. A explicação desse fato está relacionada ao fenômeno psíquico da amnésia infantil, que encobre nossas lembranças dos primeiros anos da vida, e, conseqüentemente, os primórdios de nossa própria vida sexual. Essas impressões esquecidas são as que deixaram profundas marcas no psiquismo e se tornaram determinantes no funcionamento psíquico.

Diante de um contexto social repressivo a qualquer insinuação ao sexual³⁶, esse ato questiona o modo de leitura da criança orientado pelos ideais sociais de moralidade e normalidade, e retira a criança do seu lugar de inocência e fragilidade, localizando-a no campo psicanalítico como objeto revelador do desenvolvimento psíquico do adulto, que, por definição, é centrado na questão sexual. Clastres (1991) considera que a criança freudiana não podia ser pensada antes da realização do novo elo social em torno da infância educada. Em

³⁶ Como o próprio Freud nos indica: “Poucos dos achados da psicanálise tiveram tanta contestação universal ou despertaram tamanha explosão de indignação como a afirmativa de que a função sexual se inicia no começo da vida e revela sua presença por importantes indícios mesmo na infância. E contudo nenhum outro achado da análise pode ser demonstrado de maneira tão fácil e completa” (FREUD, 1925/1996, p. 39).

nome de um questionamento de uma normatividade, ela vem anunciar a verdade que se impõe no sintoma, a existência da sexualidade infantil. A produção freudiana não se faz pela criança policiada, educada, disciplinada, mas pela criança que deixa traços no adulto, em seus sucessos e fracassos.

Portanto, através da escuta do adulto, Freud pôde voltar seu olhar à criança que escapa do lugar definido pelos ideais sociais pautados pela moral e normalidade. Podemos dizer que a psicanálise opera no sentido oposto aos ideais por não se oferecer à produção da criança que corresponda a eles, e sim questioná-los. O interesse da teoria psicanalítica é voltado para o papel dos ideais na conformação subjetiva. Como discutido no capítulo anterior, a leitura freudiana também afirma a importância da presença do ideal, ao destacar os ideais parentais definidores do valor dado à criança e ao seu futuro. O surgimento de um sujeito é carente desse valor. No contexto do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê, constatamos que uma ameaça a esse valor pode ter efeitos limitadores da subjetividade do neonato. Encontramos na psicanálise a possibilidade de questionarmos a relevância dos ideais na medida em que não se tornem obstáculos à possibilidade de surgimento do sujeito.

O lugar dado à criança pela psicanálise é consequência do interesse freudiano em desvendar o desejo inconsciente, através primeiramente da descoberta do papel da sexualidade na formação dos sintomas. É a necessidade de satisfação pulsional que se desvela no significado da formação sintomática. Portanto, para o autor, entender a pulsão é decifrar uma parte considerável do funcionamento inconsciente. Observar as manifestações da criança é um meio para esse entendimento.

Segundo Freud (1905/1996), três são as características da maioria das manifestações sexuais infantis: elas nascem apoiando-se numa função somática vital; a satisfação pulsional é uma atividade essencialmente autoerótica; e seu alvo encontra-se sob domínio de uma zona erógena.

As funções responsáveis pela preservação da vida, como a alimentação, se caracterizam por um efeito além da satisfação da necessidade vital, um efeito de prazer que é vivenciado nas primeiras experiências da criança. Assim, as atividades sexuais infantis apoiam-se primeiramente nas funções vitais, e logo a criança busca repetir essa satisfação se servindo de seu próprio corpo, mais especificamente através das partes em que a estimulação provoca uma sensação prazerosa, ou seja, suas zonas erógenas. Algumas partes do corpo carregam grande potencial para se tornarem uma zona erógena, porém, qualquer parte do corpo que tenha certa aptidão pode assumir essa função. A natureza da região corporal é menos relevante que qualidade do estímulo na garantia da sensação prazerosa. A observação

das manifestações sexuais infantis permite reconhecer um regime de localização das pulsões que se desenvolve em torno de certas zonas erógenas dominantes, definindo etapas de organização da sexualidade infantil. Cada etapa é caracterizada pela busca de certo tipo de prazer em um alvo sexual específico e torna-se, em diferentes graus em cada indivíduo, ponto de fixação da libido. Diversas fixações ocorrem ao longo das etapas de desenvolvimento, demarcando como se dará o modo de interesse da criança pelos objetos do mundo externo e esboçando a configuração do modelo do funcionamento pulsional do adulto³⁷. Nesse sentido, todos os indivíduos sofrem a influência das etapas de organização da sexualidade infantil, mas não na mesma intensidade, o que gera múltiplas conformações relativas à diversidade das constituições sexuais (FREUD, 1905/1996).

Cirino (2001) esclarece que a sexualidade infantil não se limita a uma experiência pura de gozo vivida pelas crianças, é o que restou desse gozo ao longo do processo de reconstrução simbólica realizada em análise. “É o encontro traumático com o sexual visto retroativamente a partir dos efeitos do recalque, em particular do sintoma neurótico.” (BARROS, *apud* CIRINO, p. 58). Portanto, a análise do adulto permite acessar os indícios de permanência da sexualidade infantil ao longo desenvolvimento psíquico, além dos rearranjos realizados pelo sujeito, a partir do que já foi vivido. Na situação de análise, o olhar adulto realiza uma releitura atualizada da criança que um dia imagina ter sido através da lente marcada por seu sintoma. Este, por sua vez, reflete o colorido da permanência infantil.

Nesse raciocínio, percebemos que atenção dada por Freud ao estudo da vida da criança está a serviço de verificar suas hipóteses sobre o adulto. Não existe uma preocupação pela localização da observação da criança como campo próprio de investigação, pois ela é fonte de mal-entendidos. Como afirma o próprio autor: “Soubessem os homens aprender através da observação direta das crianças, estes três ensaios poderiam não ter sido escritos” (FREUD, 1905/1996, p. 126). Mais adiante, reafirma: “A observação de crianças tem a desvantagem de trabalhar com dados facilmente passíveis de mal-entendidos, e a psicanálise é dificultada pelo fato de só poder chegar a seus dados e conclusões depois de longos rodeios [...]” (FREUD, 1905/1996, p. 189). Em uma nota de rodapé acrescentada posteriormente ao seu texto diz claramente:

Em 1905, foi essencialmente nos resultados da investigação psicanalítica de adultos que me baseei para fazer as afirmações acima sobre a sexualidade infantil. Na época,

³⁷ O aprofundamento detalhado da relação entre as manifestações sexuais infantis e o funcionamento pulsional do adulto é realizado por Freud no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1996), utilizado como uma das referências no presente trabalho.

era impossível tirar pleno proveito da observação direta da criança, que proporcionara apenas alguns indícios isolados e confirmações valiosas. Desde então, obteve-se um discernimento direto da psicosexualidade infantil através da análise de alguns casos de adoecimento neurótico na tenra infância. É uma satisfação poder assinalar que a observação direta confirmou plenamente as conclusões da psicanálise, e com isso forneceu um bom testemunho da confiabilidade desse método de investigação (FREUD, 1905/1996, p. 182).

Essas afirmações confirmam nossa pontuação de que a observação da criança por Freud permite verificar os achados encontrados nos processos psíquicos do adulto, ao contrário de um convite à inauguração de um campo de observação específico. Nesse mesmo sentido, Vorcaro (2004), ressalta a posição secundária da observação da criança em Freud, que não é tratada como função privilegiada para suas investigações clínicas. A materialidade da criança é menos necessária que o saber do analisante adulto do que teria sido sua infância. Ao mesmo tempo, Freud não desconsidera a condição de analisabilidade da criança, tarefa possível a partir de modificações na técnica utilizada no adulto, mas delegada ao futuro como aposta de prova irrefutável da teoria. Não foi possível a Freud construir um modo de análise encarregado da especificidade apontada por ele, mas sua investigação do funcionamento da sexualidade infantil permitiu submeter a criança à perspectiva psicanalítica, mesmo que esbarrando em seu caráter enigmático, inabordável pelo pensamento freudiano.

Como desdobramento dessa leitura, a psicanálise ultrapassa os limites da concepção de infância e se interessa pelo infantil. Enquanto a clínica da infância se faz a partir da perspectiva do desenvolvimento, a clínica do infantil freudiano se faz na vertente da divisão do sujeito, ligada à lógica do inconsciente, distante da realidade dos fatos de infância e próximos à realidade psíquica, constituída pelos desejos inconscientes e pelas fantasias a eles vinculadas. Desse modo, a significação da infância se desloca do registro genético e cronológico para o da lógica do inconsciente. Logo, a teoria psicanalítica encontra em uma de suas razões fazer falar o infantil (CIRINO, 2001).

Segundo Clastres (1991), a psicanálise tão pouco se interessa pelo adulto biológico, mesmo que lutando com a dificuldade de sua maturidade sexual. Ela se interessa pela criança no adulto, a criança da neurose. A transição do registro da infância para o registro do infantil é considerada como um dos fatores que permitiu a Freud inventar a psicanálise (BIRMAN, *apud* CIRINO, 2001, p. 56). Cirino (2001) esclarece ainda que a distinção entre a criança e o adulto em psicanálise se estabelece a partir de parâmetros diferentes do crescimento ou puberdade, pois o foco está tanto no sujeito que não tem idade – o sujeito do inconsciente – quanto numa satisfação paradoxal que não se desenvolve – o gozo. A criança “é o significante do retorno do recalcado de um saber insabido, ao qual está ligada toda a sintomatologia do

adulto” (CLASTRES, 1991, p.138). Em outras palavras, ela sinaliza o que há de estrutural no psiquismo do sujeito adulto.

O fato é que a preocupação freudiana estava devidamente dirigida para o funcionamento psíquico, o inconsciente, o sintoma, que o levam ao encontro com o peso do infantil. Na criança foi possível localizar os elementos das permanências infantis refletidas nos processos psíquicos do adulto. A criança também foi responsável por revelar a presença do narcisismo primário parental revivido em seu nascimento, motor dos ideais orientadores da sociedade e do cuidado com a criança. Além disso, a criança foi situada como detentora de um valor determinado pela subjetividade dos agentes parentais que lhe define um lugar de suposição anterior à sua constituição como sujeito. Ao mesmo tempo, a criança é fonte de mal-entendidos, obstáculo enigmático que não pôde ser abordado por Freud, que considera sua compreensão pela análise como projeto delegado ao futuro.

Nesse sentido, Vorcaro (2004) – através de uma relação entre as concepções de Freud e Lacan – sustenta os modos de presença da criança em Freud que circunscrevem o estatuto da criança na psicanálise, localizados em três diferentes dimensões³⁸. Na dimensão imaginária, temos não só o infantil, a criança constituída pelo adulto, que ele supõe ter sido um dia, mas a criança depositária do ideal parental, nas relações estabelecidas de semelhança e dessemelhança que a singularizam em valores e lugares específicos. Na dimensão simbólica, o filho, ou a criança como fruto materno, é termo substituível numa equação inconsciente de um valor determinado pela economia subjetiva de um outro, que como semelhante dissimétrico, pode tornar-se agente da ação específica fundadora da subjetivação. Assim se estabelece a demarcação de um lugar discernível da criança. Na dimensão real, a criança é tomada como inapreensível, causadora de embaraços e surpresas, que se manifesta no mal-entendido da observação. É aquela que ensina a Freud coisas difíceis de acreditar, para as quais não estava preparado. Que confirmou as teorias freudianas, mas não lhe permitiu formular a analisabilidade que ele julgava possível. É sua incidência enigmática, a criança quase abordável pela psicanálise, mas que, sem ela, seria enigma inabordável (VORCARO, 2004).

Podemos aplicar o mesmo raciocínio e delimitar as dimensões do bebê diagnosticado precocemente com uma doença grave. Na dimensão imaginária, temos o bebê que antes

³⁸ As dimensões do Real, do Simbólico e do Imaginário são formalizadas por Lacan ao longo de seu ensino, e podem ser definidas como: o Simbólico, como o registro da linguagem, da cadeia significante, do que pode ser falado e pensado, é o campo do Outro enquanto tesouro dos significantes; o Imaginário é o registro das imagens, do jogo especular, do Outro imaginarizado pelo sujeito e encarnado como semelhante, é o que permite a consciência de um “eu”; o Real é o impensável, o resto que não foi simbolizado, que resiste à simbolização e não cessa de não se inscrever, relativo ao campo do gozo.

mesmo de nascer é recoberto pela perfeição originada do narcisismo parental, mas sinaliza com seu nascimento a marca genética que ameaça o projeto de realização dos ideais parentais e sociais. O valor e lugar destinados ao bebê decorrem da propensão subjetiva dos agentes parentais em garantir um lugar a ser preenchido pela singularidade do neonato, um espaço para surpresa em meio às previsões diagnósticas. Inclusive socialmente, é preciso permitir que cada paciente possa construir seu lugar na sociedade com garantias de direitos e deveres, como o próprio exemplo da realização do PETN-MG. Além disso, a questão diagnóstica remete o narcisismo parental ao risco à sobrevivência de seu filho, potencializando a angústia diante do que não se cumpriu na vida dos pais e da perda dos seus ideais. Em sua dimensão simbólica, temos o bebê e sua nomenclatura diagnóstica incluídos na cadeia significativa parental, o que compõe, antes mesmo de seu nascimento, o saber sobre o bebê. O trabalho de luto diante da morte do bebê do imaginário parental antes mesmo de conviver certo tempo com o bebê real convoca os pais a uma simbolização influenciada pelo saber científico. É o lugar dado ao neonato no discurso parental após a realização do diagnóstico precoce que influenciará, ampliando ou limitando, as possibilidades de subjetivação do bebê. Na dimensão real, temos o corpo orgânico do bebê marcado pelo traço genético que não pode ser apagado ou tratado pela medicina. Um corpo que se torna obstáculo para o cumprimento dos ideais e obriga ao convívio com aquilo que não se pode curar. Além disso, o corpo do bebê em sua precariedade simbólica, provocador do fantasma da morte nos pais, no contexto do diagnóstico precoce é potencializador de uma angústia expressa na ideia da morte do filho.

Buscamos na concepção freudiana as pistas para a compreensão de como se constitui um sujeito. Freud foi o responsável, desde a introdução do conceito de inconsciente, por descentrar o sujeito e subverter a subjetividade clássica cartesiana. Era difundida a ideia de um sujeito centrado, com sua consciência clara e adequada de si mesmo, fundamento do conhecimento e da ação. A teoria freudiana modifica totalmente as bases desse centro e formula a subjetividade como palco de um conflito. Freud não chega a utilizar o conceito de sujeito em seu vocabulário teórico, específico do ensino de Lacan, porém alguns autores afirmam sua presença em toda extensão da doutrina analítica, como referência implícita (CABAS, 2010; CIRINO, 2001). Cabas (2010) ressalta que a história da obra freudiana é a história de um esforço de definição, com base na experiência, do desejo. E essa história envolve a descoberta da incompatibilidade estrutural entre o desejo e as aspirações subjetivas, um desarranjo inexorável que afeta a relação do ser humano com o prazer, uma discordância entre o homem e sua satisfação, entre seu querer e seu desejo, entre o desejo que o habita e o gozo que lhe governa a vida.

Reconhecer essa incompatibilidade é alcançar uma nova dimensão subjetiva, é encontrar-se consigo mesmo onde antes não se imaginava. A subversão do sujeito decorre do reconhecimento do desejo inconsciente, que culmina na queda da identidade moldada pela consciência, na transformação da representação que o homem tem de si e do mundo e na assunção de uma nova posição subjetiva. As dimensões real, simbólica e imaginária da criança nos mostram que por detrás do desejo existe uma dura materialidade de exigência de satisfação, como demonstrada pela investigação freudiana da organização sexual infantil. Materialidade expressa na noção de um desdobramento, apontado por Cabas (2010), já que a função do órgão transcende a anatomia. O corpo é suporte para o psiquismo, para o inconsciente, na medida em que esse corpo biológico é atravessado pela pulsão, o tornando um corpo erógeno. Ao mesmo tempo em que causa efeitos no inconsciente, esse corpo é afetado pelas significações inconscientes.

Nas dimensões da criança freudiana, encontramos as pistas para entender, no adulto, a lógica do funcionamento inconsciente. A criança perverso-polimorfa revela a Freud as origens do movimento pulsional que sustenta o sintoma. O regime de localização da pulsão, iniciado desde a organização sexual infantil, é o que singulariza o funcionamento pulsional do adulto. Como afirma Cabas (2010), a dominância de um fim pulsional determina a cristalização de uma estratégia que regula a satisfação.

Vejamos a definição do conceito de pulsão:

Por “pulsão” podemos entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do “estímulo”, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora. Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico. A hipótese mais simples e mais indicada sobre a natureza da pulsão seria que, em si mesma, ela não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho feita à vida anímica. O que distingue as pulsões entre si e as dota de propriedades específicas é sua relação com suas fontes somáticas e seus alvos. A fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão, e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico (FREUD, 1905/1996, p. 159).

Como Freud (1915/1996) descreve, a pulsão é o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam o psiquismo através de uma exigência de inscrição. Esta inscrição é um fato da estrutura psíquica. As principais características da pulsão são sua origem em fontes de estimulação dentro do organismo, e seu aparecimento como uma força constante. Dessas características deriva outra, a impossibilidade de ação de fuga contra a pulsão.

A perturbação da tendência inercial é tomada pelo organismo, segundo o autor, de duas maneiras: por um lado, percebendo os estímulos que podem ser evitados pela ação muscular, e os atribuindo ao mundo externo. Por outro lado, o organismo notará os estímulos contra os quais qualquer ação não é eficaz e cuja pressão é persistente, sinalizando um mundo interno. O organismo perceberá dessa forma uma distinção entre um “dentro” e um “fora”, ordenando sua experiência. Diante de uma perturbação por estímulo externo, uma reação muscular é bem sucedida se busca e alcança o afastamento dessa perturbação. Porém, a pulsão, diferentemente dos estímulos externos, não atua como impacto momentâneo, e sim como força constante, que se origina dentro do próprio organismo.

Desse modo, o raciocínio de afastamento não pode ser aplicado aos estímulos pulsionais. Segundo Freud (1915/1996), esse raciocínio não é suficiente para explicar a tendência presente no aparelho, relativa ao princípio do prazer. Essa tendência serve à função de libertar inteiramente o aparelho mental de excitações, conservar a quantidade de excitação constante nele, ou mantê-la tão baixa quanto possível. Acrescenta que no início da vida mental, em que o próprio ego é investido como objeto de satisfação, o mundo externo não é, de modo geral, alvo de interesse com propósitos de satisfação. Logo, nesse período, o que é agradável ao organismo é sintônico ao eu. O que é indiferente ou desagradável é inassimilável e relativo ao mundo externo. Em consequência das experiências relativas às funções vitais, é inevitável ao organismo adquirir objetos do mundo externo, e também sentirá como desagradáveis, por algum tempo, certos estímulos internos. Direcionado pelo princípio do prazer, o ego se desenvolve no sentido em que os objetos que lhe são apresentados e constituem fontes de prazer são tomados para si próprio, são introjetados. Por outro lado, o ego expelle aquilo que se torna uma causa de desprazer, mesmo que internamente, considerando-o externo ao eu. Essa distinção realizada pelo ego divide o mundo externo numa parte agradável, incorporada a si mesmo, e uma remanescente, que lhe é estranha; e isola ainda uma parte do seu próprio eu, projetada no mundo externo e sentida como hostil.

As pulsões exigem mais do sistema nervoso – que deve realizar atividades complexas e renunciar a intenção de afastar os estímulos –, pois elas mantêm um fluxo constante e inevitável. Segundo Freud (1915/1996), são as pulsões, e não os estímulos externos, as verdadeiras responsáveis pelos progressos do sistema nervoso em seu alto nível de desenvolvimento atual. Como Cabas (2010) afirma, esses são os primeiros passos do organismo na direção de uma assunção subjetiva, de uma inscrição simbólica. Logo, a pulsão é causa do simbólico, do inconsciente, do desejo e, portanto, do sujeito.

Esse ponto nos interessa em nosso trabalho, especialmente por nos concentrarmos num contexto extremamente preocupado com a urgência de resguardar o corpo biológico do bebê diagnosticado precocemente com uma doença grave. Não podemos esquecer a importância, apontada por Freud, da dimensão pulsional enquanto suporte para o desenvolvimento do corpo. No contexto do diagnóstico precoce, fica evidente que a preocupação deve ser direcionada primeiramente para o corpo físico, mas não deve prescindir da atenção ao que se passa no nível psíquico. O desenvolvimento do bebê não é apenas dependente do passaporte biológico, mas da abertura à sua inscrição como um sujeito, possibilitada pelo reconhecimento da sua dimensão subjetiva, que se torna motor para os progressos em seu crescimento. A pulsão, como conceito localizado entre o somático e o psíquico, nos ensina sobre as possibilidades de diálogos relativos tanto aos efeitos do psiquismo sobre o corpo, quanto aos efeitos do corpo sobre o psiquismo.

A finalidade da pulsão, como Freud (1915/1996) aponta, é sempre a satisfação, esta definida como a eliminação do estado de estimulação na fonte pulsional. Vários caminhos levam a essa finalidade, assim como vários são os objetos através dos quais a pulsão atinge a satisfação. O objeto é o que há de mais variável na pulsão, podendo ser modificado quantas vezes for necessário durante os diferentes destinos possíveis da existência pulsional. Um mesmo objeto pode satisfazer diferentes pulsões simultaneamente e a ligação estreita entre uma pulsão e seu objeto é chamada fixação. Esta é muito frequente no início do desenvolvimento pulsional e caracteriza-se por uma intensa oposição ao seu desligamento, limitando sua mobilidade. A fonte da pulsão é um processo somático que ocorre em um órgão ou parte do corpo e é representado psiquicamente pela pulsão. A localização da fonte pulsional é o que permite diferenciar qualitativamente as pulsões, que pode ainda ser inferida pela finalidade pulsional. A ideia da relação entre o funcionamento psíquico e determinadas fontes pulsionais é desenvolvida desde o estudo acerca da organização sexual infantil.

Desse modo, Freud estabelece tanto os aspectos funcionais quanto constitutivos da pulsão. Como Cabas (2010) assegura, o estudo da raiz pulsional do sintoma leva Freud a admitir que a formação sintomática serve a uma exigência de satisfação. Esse traço demonstra que a neurose é uma estratégia do que é materialmente possível quanto à busca de satisfação e a realização do gozo, uma resposta às requisições da fonte pulsional. Esta é, em última instância, fonte de excitações dotadas de uma força constante que intervêm como um apelo renovado permanentemente e reclama um ato específico que faça cessar a excitação. A fonte pulsional é como um furo, um buraco, um ponto que não se satura, que nenhum objeto consegue obturar. Essa premência denota uma falta de satisfação. Logo, a fonte tem tanto a

função de um furo quanto função de causa, o que implica que quando se trata da causa, o que está em jogo é a falta. A falta é causa do ato, e o furo é sustentáculo material, no plano pulsional, do lugar de sujeito³⁹.

Entender o organismo biológico do ponto de vista freudiano do corpo erógeno nos permite reafirmar a importância da questão subjetiva no contexto do diagnóstico precoce de doenças graves do bebê. O corpo do neonato é o suporte para o desenvolvimento de seu psiquismo, desde a garantia biológica dada pelo diagnóstico e tratamento precoces, assim como a possibilidade de plenas condições de reconhecimento de um sujeito para além do organismo, ou seja, como também um corpo pulsional, antes mesmo de sua constituição. Esse reconhecimento tem efeitos no alcance dos progressos realizados pelo bebê em seu desenvolvimento, pois, como vimos, as marcas e estratégias pulsionais estão intimamente ligadas com a capacidade do organismo em ordenar suas experiências relativas ao mundo externo e interno, definindo suas primeiras impressões formadoras da sua subjetividade. Os esclarecimentos freudianos relativos ao funcionamento pulsional retomam nossa hipótese de que o diagnóstico precoce de doenças graves no bebê produz efeitos na sua constituição subjetiva. O diagnóstico precoce é um elemento introduzido nos primeiros momentos de vida do neonato, ainda no início das inscrições das pulsões no corpo do bebê pelo agente parental que se ocupa dos cuidados da criança e inaugura as primeiras marcas no psiquismo do bebê. O diagnóstico é elemento que participa da estratégia que cristalizará o modo da satisfação pulsional e a posição subjetiva.

Freud (1915/1996) investigou as modulações do movimento pulsional, os destinos da pulsão, percorrendo suas possíveis alternativas. Concentrou-se no estudo das transformações dos pares pulsionais, pois o que observou é uma inversão no fim pulsional, uma modificação do conteúdo em seu contrário. Demonstrou ainda que o percurso da pulsão tem como premissa o retorno ao ponto de partida, ou seja, à fonte, em suas diferentes modulações. Como Cabas (2010) observa, o que é comum a esses destinos é que imprimem uma torção ao circuito da pulsão. O pivô da torção é a perda do objeto, do meio para atingir a satisfação. No momento em que fica evidente que, por alguma circunstância, o objeto falta, atrasa, demora ou nunca retorna, a pulsão elabora uma estratégia destinada a substituí-lo. Desse modo, podemos considerar o objeto como ponto de apoio que fomenta o circuito pulsional. Se por

³⁹ Cabas (2010) ressalta que essa perspectiva é uma interpretação da metapsicologia freudiana, que introduz uma terminologia alheia ao vocabulário de Freud, como por exemplo, expressões como “falta” ou “furo”, além da noção de sujeito, que, como já apontamos, não fazem parte da bagagem conceitual de Freud. Ao mesmo tempo, o autor defende a presença na obra freudiana da noção de sujeito, de maneira implícita, assim como a noção de “falta”, como “descrição de uma função que tem sua realidade efetiva na engrenagem da impulsão. Em outras palavras: que se ‘inspira’ na dinâmica pulsional” (CABAS, 2010, p. 61).

um lado, nesta operação conserva-se o fim, a satisfação, o retorno ao ponto de partida, por outro, modifica-se o curso, promovendo a troca de objeto. É a elaboração desse ponto de apoio que decide a escolha da estratégia e posterior cristalização da satisfação no psiquismo. “E, no exato momento em que o circuito se fecha, um efeito se inscreve no lugar de onde brotara o empuxo. Esse ponto concerne ao sujeito. O sujeito enquanto determinado pela incidência da pulsão” (CABAS, 2010, p. 68). Ou seja, a falta do objeto recai sobre o sujeito. Enquanto a torção do circuito pulsional se dá em torno do objeto que falta, o retorno da pulsão sobre a própria pessoa legitima um lugar que define uma posição de sujeito.

Freud (1920/1996) retoma posteriormente a teoria pulsional em decorrência de sua observação clínica do fenômeno da repetição. Esse fenômeno se apresentou como um incessante retorno aos caminhos já percorridos pelo analisante, intensificado sempre que o deciframento tocava em um ponto que não podia ser assimilado, um impulso de percorrer novamente as mesmas vias associativas. Apresentado também como um imperativo que sobrepuja o princípio do prazer, como os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas, as transferências determinadas pelas influências infantis primitivas e as brincadeiras infantis. Freud observa que se tratam de tendências além do princípio do prazer, ou seja, tendências mais primitivas que ele e dele independentes, em que atividade pulsional se repete sob a pressão de uma compulsão. Muitas vezes, a compulsão à repetição e a satisfação pulsional imediatamente agradável parecem convergir em associação íntima. A pulsão ganha o caráter de um impulso, inerente à vida orgânica, restaurador de um estado anterior de coisas, da tendência ao retorno ao estado inanimado. A função de eliminar, conservar ou reduzir as excitações no aparelho psíquico estaria relacionada a um esforço de retornar à quiescência⁴⁰ do mundo inorgânico, ou seja, à morte. Essa investigação culmina na mudança no estatuto da pulsão, identificando as pulsões de vida e de morte como a nova dualidade pulsional. Desse modo, como Cabas (2010) ressalta, devemos reconhecer que o imperativo de repetição incide no processo de constituição subjetiva e é determinante da posição subjetiva. Uma força silenciosa, uma tendência não inscrita originalmente no campo da representação revela o lado obscuro do homem, uma presença impessoal no íntimo do ser, a dimensão da pulsão de morte.

A repetição, segundo Cabas (2010) revela a exigência pulsional de busca por uma via de acesso ao dizer, ação que aspira torná-la realidade efetivamente reconhecida pelo sujeito. Logo, a investigação freudiana culmina na evidência de que a divisão subjetiva é estrutural, cabendo ao sujeito reconhecer o que se expressa como demanda originada do mais íntimo do

⁴⁰ Relativo ao que está sossegado, em paz, quieto, tranquilo (HOUAISS, 2009).

ser e a assumir a responsabilidade da derivação disso que lhe concerne e que insiste em se manifestar.

Dessa maneira, acreditamos que, desde as dimensões da criança freudiana, até as investigações sobre a teoria pulsional, a contribuição freudiana para nossa compreensão da questão subjetiva se apoia em duas dimensões: em uma primeira dimensão relativa ao narcisismo, em que o surgimento do sujeito é carente de sua suposição antecipada mesmo que ainda não realizada; e uma dimensão em que o sujeito é correlato da pulsão, congruente com a fonte pulsional e efeito da elaboração em torno da falta. Importante é notar as relações entre essas dimensões, o quanto o curso da libido sofre a incidência do narcisismo, numa oscilação entre o objeto e o próprio sujeito, que desenha toda a dimensão subjetiva. A introdução de um elemento tal qual o diagnóstico precoce de doenças graves, num período tão inicial da constituição pulsional, nos faz pensar numa participação relativa à oscilação do curso da libido. O peso da nomeação diagnóstica incide diretamente sobre o grau de recobrimento do neonato com o valor necessário à sua antecipação como sujeito desejante, além da interferência nos atos dirigidos ao bebê responsáveis pela inscrição pulsional, demonstrando que esse contexto tem uma participação na constituição subjetiva do bebê.

4.2 Dimensões do sujeito

Uma das preocupações constantes de Lacan, e que singularizam sua teoria, foi a de trabalhar na direção da restauração da originalidade freudiana da experiência do inconsciente. A insistência lacaniana buscou retomar a centralidade da incidência da dimensão simbólica revelada por Freud na prática analítica enquanto uma prática de linguagem. Como o próprio autor afirma:

E como não haveria até mesmo um psicanalista de hoje de sentir que chegou a isso, a tocar na fala, quando sua experiência recebe dela seu instrumento, seu enquadre, seu material e até o ruído de fundo de suas incertezas? [...] para-além dessa fala, é toda a estrutura da linguagem que a experiência analítica descobre no inconsciente (LACAN, 1957/1998, p. 497).

Com base na obra freudiana, Lacan buscou estabelecer o que funda as causas e circunstâncias de sua proposição do inconsciente estruturado como uma linguagem. Segundo sua hipótese, há uma analogia entre o funcionamento dos processos inconscientes e o

funcionamento da linguagem. Utilizando-se das noções da linguística⁴¹, o autor demonstra como Freud nos convoca à ordem da linguagem, pois a investigação inconsciente é dirigida pelo fluxo de cadeias associativas, ou seja, cadeias de pensamentos formadas por cadeias de palavras. É a palavra do sujeito que desvela o inconsciente. Portanto, na psicanálise, a dimensão da palavra deve ser colocada em primeiro plano (DOR, 1989).

Lacan propõe a definição de sujeito a partir da articulação significante, correlata à estrutura do inconsciente como linguagem. Assim, o sujeito é efeito de linguagem, reconhecido no intervalo entre significantes. Quando o ser fala, produz tropeços e dissimetrias que revelam uma falta que o define enquanto sujeito que, quando procurado, não está, e é encontrado onde não está. O sujeito se manifesta nas formações do inconsciente, relativo à ordem simbólica, à linguagem, que o precede e rompe sua perfeita adequação e coincidência consigo mesmo (CIRINO, 2001).

Sabemos que a constituição do sujeito não se refere à mera aquisição biológica e está intrinsecamente ligada à oferta simbólica disponível, ou seja, às primeiras marcas deixadas pelos atos do agente da função materna no corpo do bebê. Nesse ponto, a relação mãe-bebê toma lugar central na discussão:

A relação mãe-bebê não está garantida por condições naturais, depende do estabelecimento de um laço simbólico. Ele não é efeito nem do instinto previamente estabelecido como um saber da espécie, nem do que pode ser racionalmente aprendido. Tampouco de um quantum de afeto materno. Este laço, para seu estabelecimento, depende de que os cuidados que a mãe dirige ao bebê estejam permeados por uma série de operações psíquicas em relação à economia de gozo e em relação à transmissão da letra (enquanto inscrição psíquica), desde as quais a mãe pode conceber a subjetividade do recém-nascido e alocá-lo como seu bebê (JERUSALINSKY, 2009, p. 1).

Nesse início, o bebê atribui toda onipotência e onisciência a esse outro que o tem sob seus cuidados e que, para ele, encarna um Outro absoluto. Uma questão que se coloca nos primórdios da fundação do psiquismo é a de que a imagem com que o adulto que ocupa o lugar de Outro real vê o objeto-*infans* é constitutiva do bebê e traduz-se em todos os atos que o marcam. Na presença de um significante traumático nessa relação, a imagem se distorce e é substituída por miragens que não permitem aos pais ver o que têm diante de si. Se o saber do adulto acerca do bebê não se reconhece carente nos atos com os quais a ele se dirige, graças ao preenchimento de um saber científico, fica impedida a presença de um lugar vazio, no saber desse Outro, para que aconteça o desejo do sujeito por vir (CORIAT, 1997).

⁴¹ Segundo Lacan (1957/1998), trata-se do estudo das línguas existentes em sua estrutura e nas leis que nela se revelam.

O sujeito é efeito de linguagem, está antecipado no discurso parental. A operação de uma estrutura na criança depende em parte do passaporte que o constitucional e maturativo lhe ofereçam desde o plano biológico. No entanto, depende de forma decisiva da insistência dos agentes parentais em sustentar essa estrutura (JERUSALINSKY, 2010). Onde concretamente existe um corpo vivo é necessário que a mãe ilusione, antecipe que há um sujeito com o qual dialogar, representando-o como um todo numa imagem de corpo que ela vê e sobre a qual deposita seu desejo. O reconhecimento de sua imagem no espelho, enquanto Uma, só é possível se essa imagem inteira é desejada e libidinizada pela mãe, se a demanda da mãe convoca a criança a responder como Uma. Muitas vezes, em bebês com problemas orgânicos, a visão do problema obtura a visão da criança, e a atenção e ação da mãe ocupam-se, antes de qualquer coisa, do sintoma. Como este afeta apenas uma parte do corpo, a estimulação torna-se localizada, e a parte ou função que não funciona corretamente é libidinizada. O resto, sem alteração, se desarranja, dificultando o bebê em sua tarefa de “unarizar-se” (CORIAT, 1997). Apenas a partir da circulação do circuito de desejo e demanda do laço mãe-bebê por registros temporais distintos o bebê poderá apropriar-se imaginariamente de seu corpo, tornando-o seu e permitindo que as experiências de vida sejam acontecimentos que, algum dia serão recapitulados por ele como sua própria história (JERUSALINSKY, 2009).

Tomar o tempo como aspecto importante no contexto do processo de inscrições psíquicas não significa ressaltar uma concepção desenvolvimentista na estruturação subjetiva. A simples cronologia não garante a inscrição de diferentes momentos lógicos exigidos no processo de constituição do sujeito. A diacronia aparece também necessária a precipitação dos efeitos de inscrição que constituirão o sujeito psíquico por meio de uma experiência que o implique subjetivamente (JERUSALINSKY, 2009). A compreensão de como se constitui o sujeito considera a relação entre sincronia e diacronia, afastando-se de uma postura exclusivamente desenvolvimentista.

Na clínica que se concentra nos primórdios da constituição psíquica se torna decisivo que o que se dá a ver no corpo do bebê possa ser tomado enquanto enigma por um Outro encarnado que o insira em uma rede associativa, fazendo disso uma formação do inconsciente sustentada por tal laço (JERUSALINSKY, 2009). Esse lugar vazio, ponto obscuro de ignorância no saber materno é o que acende a faísca da vida própria do filho (CORIAT, 1997). “Este dado a ver no corpo do bebê se estabelece como um retorno da letra pelo modo em que é capturado na repetição inconsciente materna e parental. Se ele é dado a ver, torna-se então decisivo como esse manifesto é lido pelos pais” (JERUSALINSKY, 2009, p. 55). Essa

articulação ao discurso do dado a ver no corpo do bebê a partir do laço com o Outro nos revela a não correspondência entre corpo e sujeito nos primórdios do psiquismo.

Assim, o sujeito surge na hiância do campo do Outro e do campo vivido. A experiência de sujeito não é o que se reconhece como o eu, porque ela é uma alienação ao campo do Outro, a primeira operação essencial em que se funda o sujeito. Esse é o significante que mapeia o sujeito enquanto desejo do desejo do Outro. Para assumir verdadeiramente uma posição de sujeito, é preciso se apropriar dos significantes do campo do Outro e se haver com o sintoma, engendrar-se na ruptura da circularidade da relação com o Outro. Para além da primazia significativa, entende-se também um registro do real do corpo, do ser no mundo (QUINET, 2003).

A entrada na cadeia significativa só se dá diante de um representante primordial, que só permite o sentido por retroação. O significante é o que representa o sujeito para outro significante na medida em que a pontuação na cadeia revela o mal-entendido que aponta o desejo. Aí está o sujeito assujeitado ao campo do Outro que pode apropriar-se do seu significante de identificação e colocá-lo a trabalho. Desse modo, a nomenclatura diagnóstica é um dos significantes que compõem o campo simbólico dos pacientes. A apropriação desse significante pelo sujeito é influenciada pela capacidade desse campo em ampliar a oferta de significantes capazes de ocupar um lugar que concirna ao sujeito.

Lacan nos ensina em “Duas notas sobre a criança” (1986/1998) que “a distância entre a identificação com o ideal do eu e a parte apreendida do desejo da mãe, se não tem mediação (aquela que, normalmente, a função paterna assegura), deixa a criança aberta a todas as capturas fantasmáticas. Ela torna-se o “objeto” da mãe e não tem outra função que a de revelar a verdade desse objeto” (p. 13). O neonato que é apresentado à mãe através da marca de um diagnóstico de doença grave correria o risco de cair nesse mesmo lugar, de representante do fantasma materno? Se o saber materno não é suficiente para garantir uma aposta de significação, o lugar de objeto seria o mais provável? Para Vorcaro (2003) o próprio efeito da implantação da ordem simbólica pela mãe já carrega a condição de um saber como meio de acesso ao gozo:

Ao permitir que o filho estabeleça com ela uma condição parasitária, a mãe franqueia ao gozo a ousadia da máscara da repetição: tomando como signos e lendo as manifestações do filho, ela estabelece o sentido do texto orgânico deste. Assim, a mãe o ultrapassa, antecipando um sujeito, ao mesmo tempo que estende, instala e atribui à criança a posição indeterminável de um sujeito do gozo (VORCARO, 2003, p. 4).

E ainda, a condição de ocupar o lugar de objeto *a* do casal parental:

A criança nasce tendo que se haver com aqueles que produziram, nela, os efeitos de linguagem. Isso quer dizer que os progenitores (presos ao discurso e suportando a geração precedente) intermedeiam um tráfico da causa, sempre perdida, do desejo. Por isso, o sujeito é objeto *a* de seus progenitores, pois constituir-se sujeito é abortar o que foi causa de desejo para os que o geraram (VORCARO, 2003, p. 13).

Para Coriat (1997), a vida humana é movida pelos fios do desejo, mas o desejo não vem impresso na bagagem congênita com a qual nascemos, pois ele se constrói. O responsável pelo tratamento do bebê, quer saiba ou não, estará intervindo no tempo dessa construção do desejo. De acordo com o modo que intervenha, poderá propiciá-lo ou esmagá-lo para sempre. Diante do bebê que não fala, supomos que o adulto fornecerá, através de sua própria palavra, a pista do desejo. Porém, o desejo dos pais é apenas condição para que surja o desejo no bebê. Caso igualemos o desejo do bebê ao desejo dos pais, impedimos o surgimento de um novo sujeito e favorecemos que o bebê continue a ser puro objeto, sem desejo próprio, ainda que em construção.

Assim, a própria psicanálise carrega a tarefa de postura crítica diante de suas propostas de intervenção. Principalmente à postura do profissional que se dispõe a intervir nos cuidados com o bebê afetado por alguma alteração orgânica. Para Coriat (1997), o profissional deverá esquecer todas as respostas que conhece de antemão para perguntar ao bebê: “o que você quer?”, mantendo viva essa questão na mãe e procurando respostas no que é possível ler no bebê, construindo-as dentro do que foi escutado no desejo dessa mãe. Porém, imprescindível é saber olhar o bebê, na medida em que o olhar da psicanálise é aquele que busca, no discurso do analisante, os significantes que originam e compõe a imagem apresentada na cena, quando, em função do momento da cura, esta adquire alguma relevância. Nas palavras da autora:

Saber olhar um bebê é poder reconhecer no que vemos de seu corpo e de sua conduta o modo como estão sendo escritas as marcas do Outro sobre esse real orgânico em particular. É também intervir nisso sabendo que, em definitivo, quem põe as marcas são os pais, mas que o profissional que intervém não é alheio à direção e firmeza com que a mão do Outro inscreve os traços (CORIAT, 1997, p. 97).

A psicanálise é o campo que propõe outra forma de encarar a direção da cura, onde cada sessão não é antecipada em seu propósito, pautada por uma ética em função do desejo. Ao mesmo tempo, “o especialista deve conhecer a estrutura na qual se movimenta para estar advertido do efeito de suas intervenções. Ao empreender o caminho, deve saber aonde quer se dirigir para poder orientar a direção da cura.” (CORIAT, 1997, p.72). O fim da intervenção,

proposto pela autora é o de propiciar a produção, o nascimento de um sujeito do desejo, por caminhos sempre diferentes em cada caso. É importante que cada especialista saiba pôr um fim à fase que lhe coube intervir, no risco de não devolver à criança e aos pais a plenitude de sua relação, com os limites próprios a ela. “No corte é que o especialista, criança e pais resignam-se ao que nunca chegará a se produzir: a cura total” (JERUSALINSKY, 2010, p. 97).

Dentro da orientação do saber médico os agentes especialistas têm a função social estratégica de prevenção, julgando a capacidade dessa criança em responder à expectativa social, em garantir os ideais. No diagnóstico psicanalítico “o analista oferece-se à transferência, para que possa situar o lugar em que o sujeito se posiciona no enunciado que ele lhe endereça” (VORCARO, 2004, p. 45). A teoria psicanalítica reconhece o papel dos ideais enquanto ficção necessária para a possibilidade da civilização, mas não adere a eles, nas palavras de Vorcaro (2004), pois isso significa reduzir o inconsciente a um de seus efeitos, anular a ética da psicanálise de sustentação da unicidade do desejo, substituindo-o pela moralização ancorada no ideal da modernidade. Pode, portanto, a psicanálise oferecer uma escuta do sujeito, um diagnóstico de outro lugar, com um novo estatuto, aquele que comunica a singularidade do sujeito.

No contexto do diagnóstico precoce de doenças graves, o corpo do bebê é marcado por um funcionamento biológico carente de ajustes indispensáveis para seu desenvolvimento. Ao mesmo tempo, o ser humano não se limita a sua envoltura corporal graças à linguagem. Em psicanálise, o corpo pode ser definido por três dimensões: simbólico, imaginário e real.

O corpo real é definido por Valas (1988) como a carne viva com sua pulsação de gozo. Assim, o real da psicanálise se distingue do real da ciência por não excluir o gozo. Para Lacan (1966/2001), um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo e essa dimensão é excluída da dimensão científica.

O gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada (LACAN, 1966/2001, p. 12).

O corpo simbólico é definido por Valas (1988) como o corpo vazio, separado de seu gozo pela operação significante. O gozo refugia-se então nas ilhas denominadas zonas erógenas. Esse corpo é o Outro do significante, tomado como superfície de inscrição significante que despedaça o corpo próprio, ou corpo real, no sentido de nomeá-lo e retirá-lo

do puro gozo. O corpo imaginário é definido pelo mesmo autor como o fator que dá forma e consistência de corpo ao vivente, é seu reflexo no espelho plano, o esquema corporal.

O enodamento desses três registros na topologia borromeana é o que permite ao corpo sua forma e consistência. As possibilidades de enodamento é que revelam a multiplicidade de arranjos para tal desfecho. Nesse mesmo raciocínio, a partir da compreensão dos elementos principais envolvidos na estruturação do sujeito podemos elucidar as particularidades dos efeitos decorrentes de um diagnóstico de doença grave no bebê.

4.3 Percorrendo o nó: invenção do sujeito

A topologia borromeana proposta por Lacan estabelece a estrutura da realidade psíquica tal como definida por Freud, “implicando uma geometria tridimensional, cujos pontos se determinam pela cunhagem de três círculos vazados, enganchados e inseparáveis, destacando a combinatória das relações que presidem a realidade psíquica” (VORCARO, 2004, p. 67). Cada círculo representa uma das três dimensões: Real, Simbólico e Imaginário, cada uma com a mesma função de sustentar juntas as duas outras, enlaçando-se num nó. Não há hierarquia entre as dimensões, pois a topologia distingue especificações que não permitem a substituição de uma dimensão por outra.

Como afirma Vorcaro (2004), supõe-se uma trançagem que tece o nó, passando por seis cruzamentos⁴², “hipótese da constituição do sujeito numa espécie de tecido feito de cruzamentos do Real, do Simbólico e do Imaginário” (VORCARO, 2004, p. 15). Elegemos essa hipótese para ilustrarmos nossa discussão acerca dos efeitos do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê na constituição do sujeito, pois ela nos permite, a cada cruzamento, localizar as possibilidades de arranjos relativos à questão diagnóstica.

O neonato humano nasce em condições de extrema prematuridade, como um organismo insuficiente, inacabado anatômica e funcionalmente⁴³ que é retirado da condição parasitária do ventre materno e imerso no funcionamento simbólico que o precede. Esse encontro do organismo com o campo da alteridade é marcado por uma tensão orgânica, decorrente da insuficiência do neonato, que só se dissipa pela escolha de um outro, agente responsável pelos cuidados, que intervém através de modalidades de apaziguamento da

⁴² A descrição detalhada da hipótese da trançagem do nó borromeano é realizada por Vorcaro no livro *A criança na clínica psicanalítica* (2004). Não pretendemos esgotar a hipótese apresentada pela autora, mas antes utilizá-la como referência para nossa discussão.

⁴³ “A noção objetiva do inacabamento anatômico do sistema piramidal, bem como de certos resíduos humorais do organismo materno, confirma a visão que formulamos como o dado de uma verdadeira prematuração específica do nascimento no homem” (LACAN, 1949/1998, p. 100).

tensão. O ato de cuidado do agente materno ultrapassa o simples atendimento das necessidades vitais do bebê, implica antes que esse ser mobilize o agente materno a localizá-lo na rede simbólica que constitui sua pré-história. O bebê já existe no imaginário da mãe antes de sua chegada, e a leitura das marcas do seu desamparo são orientadas por esse discurso imaginário, podendo ser entendidas como mensagem, apagadas pela resposta do agente materno e balizadas por precauções que evitem essas marcas. Ocorre um confronto entre o bebê real e o bebê do imaginário materno, refletido no modo como a mãe processa os cuidados com seu bebê. As manifestações vitais já são marcas que representam o bebê para o agente, um sujeito antecipado e localizado pelo nome na estrutura da linguagem que o antecede. Logo, o neonato é retirado do fluxo vital pleno, sem sentido, que significaria a morte em decorrência de sua insuficiência, e é inserido no campo da linguagem, onde seu fluxo de vida ganha sentido definido pelo agente dos cuidados. O grito, a necessidade real, é transformado em apelo, em demanda de um sujeito, pelo agente materno implicado com sua estrutura desejante. Há um deslizamento metonímico realizado pelo agente materno entre sua falta e a possibilidade do bebê tamponar essa falta, substituindo falta por filho, identificando-se com o ser em falta neonato e sobrepondo à falta deste o estatuto de desejante. Investindo o neonato como o que satura o que lhe falta, o agente materno enlaça o *infans* tomando-o na posição de desejante e seu agir sobre ele faz de si mesmo o instrumento da vivência de satisfação do bebê, trazendo a ele o apaziguamento. Portanto, o neonato registra a diferença nesse contexto entre dois estados do organismo: a tensão orgânica e o apaziguamento. O bebê traz a marca real do organismo, que deve ser respeitada pela mãe na introdução de uma organização do fluxo vital, sendo esta a primeira manifestação de um funcionamento simbólico. Como Vorcaro (2004) sustenta, esse é o **tempo zero** da estruturação subjetiva, a precedência do Simbólico.

No contexto do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê, a investigação da marca diagnóstica é realizada nesse período inicial logo após o nascimento, ou mesmo antes dele. Com a confirmação do diagnóstico, introduz-se um elemento que retira prematuramente o lugar do bebê na rede simbólica parental, tal como antecipado imaginariamente por eles. O trabalho de luto suspende o deslizamento que investe o neonato como aquilo que recobrirá a falta do agente materno, com efeitos no estatuto do bebê como ser desejante. Esse processo é dirigido pela capacidade dos agentes em retomar para seu bebê, um lugar na rede simbólica parental. Como vimos, a leitura do bebê e de suas marcas de desamparo passa a ser dirigida pela significação da nomenclatura diagnóstica, traduzida nos cuidados dos agentes parentais com o neonato, o que provoca uma interferência na oferta simbólica disponível a ele.

Mantém-se o funcionamento simbólico orientado pela relação de alternância presença/ausência, mas interfere-se nos valores sucessivos que o agente atribui ao ser ao qual responde.

Transformar a manifestação da necessidade real do bebê, seu grito, em apelo articulado como demanda de um sujeito atesta sua imersão na linguagem. A relação de alternância revela a impossibilidade da automaticidade pela falta real do objeto de satisfação. Há uma quebra na organização ritmada, seja pelo adiamento ou pela precipitação dos termos alternantes, abrindo uma fissura na matriz simbólica. Algo inominado falta na posição esperada, e o grito que se faz apelo ao retorno da coisa alternante torna-se corpo que se oferece ao que falta na alternância simbólica. O grito é elevado à função de demanda representando o apelo de urgência a um indefinível, incide como urgência de retorno à anterioridade, buscando apagar a falta. O resultado da leitura do grito é um substituto que não atingirá jamais identidade ao estado anterior da satisfação mítica, em que a tensão era gerenciada em seu nível mínimo. Todos os objetos substitutivos, ao longo do ciclo da repetição, reinscrevem a distância do estado anterior de satisfação que deu origem à série, delineando o contorno desta falta inassimilável. Inaugura-se a busca pelo reencontro da coisa perdida, pois na não correspondência entre resposta e apelo, esse intervalo mobiliza a repetição. Funda-se o desejo que se articula na via da demanda sob condição de que uma resposta qualquer incida nesse apelo. Essa descrição remete ao **tempo um** da estruturação subjetiva, em que o Real incide no Simbólico (VORCARO, 2004).

A inserção da nomenclatura diagnóstica na relação dos cuidadores com o bebê tem efeitos nos atos de cuidado que passam a ser dirigidos pelas significações disponíveis na rede simbólica dos agentes, além das prescrições e intervenções normalmente destinadas a influenciar o curso da doença. Diante do grito do neonato diagnosticado precocemente com uma doença grave, muito facilitada é a leitura balizada pela correspondência à patologia, como sinal indicativo de risco à saúde. O saber dos agentes parentais é deposto e o saber médico vem responder sobre o bebê. A inserção da falta na alternância simbólica, necessária à inauguração do desejo, configura um ciclo de repetição em busca do estado anterior de satisfação, no qual os objetos substitutivos são sempre distantes, mas também colocados em questão pelo agente materno, como se seus esforços, de antemão, não fossem suficientes nesse intento. Há uma resposta ao apelo, mas uma resposta vacilante por parte do agente materno. Isso se traduz nas dúvidas da mãe sobre sua capacidade de responder ao apelo de seu bebê, como por exemplo, na sua capacidade em alimentá-lo adequadamente. Mesmo

orientada sobre como realizá-lo, e continuando a realizá-lo, sua habilidade é percebida por ela como incerta em decorrência da suspensão do seu saber sobre o bebê.

Segundo Vorcaro (2004), as respostas oferecidas pelo agente materno ao apelo do bebê o posicionam numa ordem de significância, buscando garantir a unidade corporal do ser. O início da subjetividade se faz a partir da introdução de um significante, de um traço singular que antecede o sujeito, em meio a muitos outros significantes oferecidos pelo agente materno, que não consegue responder ao apelo devidamente, possuindo apenas substitutos significantes, pois a ele falta o que seria capaz de prover plenamente. O vestígio da perda recebe o nome de objeto *a*, resistente à assimilação da função significante, instaurador da repetição que não cessa de buscar em torno do vazio o reencontro com o objeto. O Outro é fonte de significantes distintos e sucessivos, nos quais a busca pelo reencontro com o objeto se atualizará, e ao faltar à equivalência que se almeja, ainda mantém a possibilidade de equivalência futura. O sujeito inconstituído se inscreve na dependência desse Outro, situado no lugar a que o tesouro de significantes não sabe equivaler – por ser anterior ao sujeito – e pode daí situar-se separado, como resto irreduzível. Cada significante introduzido e distante da equivalência reforçará o traço singular pela marca da diferença, construindo uma rede de traços delineadores e ordenadores do mundo. Essa tentativa de reencontro com o objeto é ponto inicial da organização do mundo pelo psiquismo.

A primeira marca significante que inaugura essa estrutura ficcional é a insígnia dirigente da contagem dos demais significantes, e na repetição desse traço singular constitui uma marca simbólica que suporta a identificação imaginária do sujeito com o objeto perdido e com o que o apagou. O sujeito do inconsciente é instaurado por esse intervalo entre um primeiro significante, situado no campo do Outro, e um segundo significante, que se apresenta como substituto distinto e rasura do primeiro. Assim, o ser do sujeito é o sentido do Outro, depende do significante; logo, do campo do Outro. É a indeterminação do sujeito que o faz nascer na alienação do campo do Outro. Porém, sua causação implica também a operação lógica de separação. Isso significa comportar o lugar vazio do *infans* e a impossibilidade de o Outro recobri-lo com um significante qualquer. A falta no Outro é o que o faz desejante e permite que o *infans* se ofereça como objeto que resgatará a plenitude do agente materno. Esse fato implica a pulsão, em decorrência do modo como a superfície do organismo neonato se situa no campo de forças, e como o objeto perdido reflete-se nos diversos níveis de experiência corporal onde se produz um corte, nas diferentes mutações do objeto. O objeto *a*, como ponto raiz da função de causa do desejo, liga-se com a falta no Outro desejante, pois o sujeito se oferece como corpo que satura a falta. É a perda do objeto que funda a própria

atividade pulsional, onde nenhum objeto da necessidade satisfará a pulsão, localizando o desejo na reprodução da relação do sujeito ao objeto perdido. A diferença que resta do que a demanda subtrai da satisfação é o desejo, função última do significante no sujeito. Desse modo, o funcionamento articulado pela alternância que sofre a fissura da dimensão da perda inaugura a repetição como irrupção de um desprazer, ou seja, de um gozo mobilizador de um trabalho de articulação significativa, de inserção no campo do Outro (VORCARO, 2004).

A ordem de significância oferecida ao bebê no contexto de diagnóstico precoce de doenças graves, orientada pelo peso da nomenclatura diagnóstica, disponibiliza uma rede significativa que será apropriada pelo neonato como traço singular que o antecede enquanto sujeito. O agente materno, destituído em seu saber sobre como responder corretamente ao apelo do bebê, limita sua capacidade em oferecer significantes substitutivos atualizadores da falta do objeto perdido que mantenham a possibilidade de equivalência futura. Essa inabilidade é contornada pela presença do saber médico, constante nesse contexto, incorporada pela rede simbólica dos agentes do cuidado com o neonato. A distância entre o traço singular e os significantes substitutivos, que organiza pela diferença a percepção do mundo pelo bebê, é influenciada pela oferta de um saber fora da relação entre a mãe e o neonato. A alienação no campo do Outro é decorrente da possibilidade de o bebê ocupar o lugar de objeto que satura a falta. Logo, caso essa condição seja colocada em dúvida em decorrência da marca diagnóstica pelo agente materno, assim também o será pelo neonato, no sentido em que a sua unidade corporal fica prejudicada pela interferência na organização pulsional dirigida pelo quadro diagnóstico, e a emergência do seu desejo é afetada pela dificuldade em interpretar a demanda para além da patologia.

A articulação significativa – mobilizada pelos substitutos insuficientes em responder ao apelo – abre a realidade à significação da falta. Na demanda, fica evidente que nada equivale à coisa perdida. Esta só pode se manifestar através da demanda, mas não retorna na resposta. Logo, a demanda se dirige além das satisfações que apela, é demanda do que se situa aquém do que o Outro pode suprir, pois o sentido da demanda é emitido pelo Outro, todos os instrumentos significantes estão no campo do Outro e têm de ser recebidos desse Outro. Logo, a criança significa o agente de cuidados como agente da possibilidade de satisfação da demanda, que, por retroação, é agente da falta de saciedade. Esse **tempo dois** da estruturação subjetiva, como afirma Vorcaro (2004), onde o Imaginário recobre a hiância Real, caracteriza-se pelo fantasma da onipotência do Outro. O agente materno mantenedor do funcionamento simbolizante, o Outro real, é tomado imaginariamente como onipotente, privador da satisfação da demanda, detentor de um dom, e a resposta materna é entendida como arbitrária,

pois só responde a seu próprio critério. Nessa relação, a demanda não faz distinção ao que pode ser dado, e cada significante oferecido acende a expectativa de reencontro do objeto perdido, ressublinhando o traço unário. Os objetos substitutos destinados à satisfação da demanda se fazem dom, verdadeiras provas de amor. O agente materno significa imaginariamente a possibilidade de plenitude, de encontro com o objeto perdido, e os objetos de satisfação representam agora seu ato de dom. A demanda é renovada pela resposta em dom incompleta, o que mantém o agente materno como alvo eterno da demanda. Há um processo de substituição entre mãe e objeto *a*, permitindo que os dons maternos se equilibrem com os objetos da necessidade. Estes tomam o valor de parte do Outro encarnado na mãe, e a pulsão passa a se dirigir a eles como parte do agente materno, tornando a satisfação da necessidade uma atividade erotizada, que substitui a frustração do amor, anulando a decepção de tentativa de captura do objeto real de satisfação. Caso o dom não seja oferecido, o objeto muda de valor e a criança reverte a direção da demanda, recusando a satisfação da necessidade.

No acompanhamento dos pacientes triados pelo PETN-MG e seus familiares, encontramos algumas mães que eram declaradamente resistentes ao tratamento, apesar de comparecerem às consultas e seguirem as prescrições corretamente. O saber médico sempre era colocado em questão por elas, como se o seu próprio saber fosse mais adequado que o saber médico no que concernia a seu filho. As prescrições eram seguidas, mas com dor, muitas vezes declarada à equipe. Para a equipe, esses sinais remetiam à dificuldade de aceitação do diagnóstico e um risco à adesão ao tratamento e à saúde do bebê. Constatamos que a onipotência materna era negada pela presença urgente do saber médico, assim como também era negada a capacidade do bebê em tamponar a falta materna. A interferência do saber médico nessa etapa em que a mãe ilusiona sua plenitude através do bebê é vivida como um ato que retira apressadamente a realização imaginária construída pelo agente materno. Se a reconstrução dessa imaginarização é precária, ou não ocorre, a oferta do dom materno é prejudicada. Observamos casos em que as mães enfrentavam dificuldades como o desmame que ocorria de modo antecipado, verbalizado com sofrimento por elas do seguinte modo: o bebê não queria mais seu leite. O dom do alimento, prejudicado em sua qualidade, perturba a capacidade da mãe em demandar a seu filho que se deixe alimentar.

Conforme Vorcaro (2004), no fantasma da onipotência materna torna-se possível dar forma, atribuir um corpo para o Outro. Um enigma surge para o sujeito na presença da demanda materna: “ela me diz isso, mas o que ela quer?” O Outro portador de um corpo, equivalente ao agente materno, ocupa uma posição e localiza o *infans* na estrutura, enquanto o sujeito oferece-se ao funcionamento desse circuito, engajando-se numa posição de objeto que

precede sua subjetivação, aceitando ser recoberto como objeto do desejo, mas por ser distinto, mantém-se significante indeterminado. A subjetivação é formatada pelo significante do desejo do Outro que localiza o bebê na estrutura de linguagem, tornando-o dependente deste significante; porém, este não é suficiente em recobrir o gozo, a falta de saciedade plena, falta qualquer que instaure um dano imaginário. Capturado pela falta do Outro, desconhecendo o que ele deseja nesse Outro – pois este não introduz o que responderia ao seu desejo o sujeito é motivado a se perguntar quem ele é e como se oferece ao Outro. O pressentimento do sujeito de uma falta no campo do Outro, já que este não responde sua demanda, é dissimulado pela tela do fantasma da onipotência materna, pois o Outro que se revela imaginariamente à criança é imagem fundadora de seu desejo, tomada na potência totalizadora que o antecipa, recobrando sua condição de sujeito ainda por advir. A estrutura especular reflexa do espelho permite, na experiência de ilusão de totalidade dada por sua imagem, a ficção da possibilidade de equivalência ao Outro imaginário que precipitará o eu. Se por um lado ele é fonte de fascinação, por outro revela seu caráter ilusório, ficcional. A criança, desse modo, demanda o assentimento do valor dessa imagem especular ao agente que a sustenta e encarna o Outro. O que escapa à imagem especular, que não se deixa apreender é vivido como estrangeiro. Portanto, a imagem detém o ideal do eu. Ao mesmo tempo, a criança vislumbra que há algo distinto dela mesma, que pode lhe faltar, pois o testemunho materno só aparece à margem. A demanda da criança de consentimento do Outro determina um circuito pulsional em que a criança olha o olhar imaginado por ela no campo do Outro e do qual ela depende, confirmando a correspondência entre o olhar e o olhado; e fazendo-se ver, constitui um lugar de sujeito.

Discutimos no capítulo anterior a necessidade da antecipação de um sujeito antes de sua constituição, como condição para seu advento. O peso da significação da nomenclatura diagnóstica traduz-se nos atos dirigidos à criança pelos agentes de seu cuidado. O enigma da demanda materna pode ser construído com base na sentença definida pelo diagnóstico que antecipa o futuro dessa criança, que, ao questionar o desejo materno encontra o lugar de revelar a verdade do fantasma materno. Como no exemplo do desmame antecipado, onde as mães localizam no bebê um não querer, uma recusa do que é oferecido pelo Outro, discutimos em que medida encontra-se no olhar desse Outro a mensagem de recusa em ofertar um dom, destituído em seu valor por um saber distinto. Assim como a busca da criança pelo consentimento do agente materno acerca da possível equivalência entre suas imagens, que vacila diante da suspensão, pelo agente, do destino da criança sentenciada por um diagnóstico de doença grave que carregará por toda a vida, ofuscando sua condição de sujeito desejante.

As identificações da criança tornam-se dirigidas por uma limitação em torno da significação da doença. Por outro lado, caso exista uma disponibilidade simbólica e psíquica do agente que sustenta a criança, é possível fornecer a ficção necessária à localização da criança na estrutura simbólica até a apropriação, pelo sujeito, de sua própria história.

No **tempo três**, da demarcação Simbólica do Imaginário, Vorcaro (2004) localiza a criança como substituto que compensa o que falta essencialmente à mulher. A criança vive o dilema de se oferecer como objeto de satisfação da mãe, convivendo com o enigma relativo ao desejo desta, encarnando a posição de falo imaginário e encobrendo a própria hiância. Encontra-se alienada ao agente como meio de compreender o que este deseja e, ao mesmo tempo, o eu encontra aí sua estabilidade. Assumir o lugar de desejo da mãe significa assujeitar-se à lei materna, que, para a criança, é uma lei incontornável, balizada pelo querer ou não querer da mãe. É fundamental para a criança se oferecer como objeto que preenche a falta materna, ocupando o lugar do que é o falo para a mãe, pois aprende que a imagem fálica é amada. Ao pressentir a falta materna, a criança engaja-se em ser o falo desejado pela mãe. Porém, o significante do desejo materno ainda é enigma, e a criança que busca satisfazer sua demanda de amor realizando o que poderia satisfazer o desejo materno, ainda sim não o esclarece. Algo além da criança é desejado pela mãe, e não resta à criança outra opção que engajar-se em realizar o desejo insaciável materno numa dialética subjetiva do engodo. A criança se faz de objeto enganador e mostra uma imagem substituta, com seu eu; aquilo que ela não é. A criança inicia tentativas de capturar pelo jogo de sedução o desejo da mãe, apresentando-se como resposta à demanda do Outro e tentando persuadi-lo de que pode completá-lo. A criança, enganando, faz surgir a dimensão do amor, buscando esclarecer como manter o laço, como receber o amor da mãe, sendo diferente do eu ideal.

O agente materno inicia uma série de demandas educativas à criança, modalidades diversas do querer da mãe que coincidem principalmente com o início do aprendizado de controle dos esfíncteres. A demanda participa do processo relativo aos dois tempos – *guarde/solte* – relativos ao objeto anal, e evidencia o lugar estrutural em que, agora, é a criança que oferece um dom, pois se não corresponde ao lugar do falo, dá-se outro objeto. A criança, ao se oferecer como objeto de satisfação que preenche o que falta à completude do Outro, explora os diversos desdobramentos imaginários em que se aliena e recobre a sua impossibilidade de ser o objeto do desejo materno e a falta do agente materno. A equivalência da criança ao falo é essencial, pois permite que ela se identifique e se molde. A criança afirma seu desejo de ser desejo do desejo desse Outro.

Na prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê, é preciso compreender a possibilidade da vacilação no valor dado pelo agente à criança, estabelecendo se ela é capaz de ser localizada no lugar do falo ou não. Quando sua capacidade de realização é questionada pela presença da doença, a percepção da criança acerca da impossibilidade em corresponder o que falta à mãe é conectada à nomenclatura diagnóstica, e seu jogo de captura do desejo da mãe é empobrecido pela sua insuficiência antecipada, com uma diminuição das expectativas nas demandas maternas. Por outro lado, na presença de uma resistência, por parte do agente materno, relativa à substituição do seu saber sobre o bebê por um saber distinto, ao questionamento da onipotência materna, a manutenção da criança nesse lugar de objeto é reforçada e recoberta por todo o valor de satisfação, alocando-a como objeto assujeitado ao capricho do querer materno, dificultando sua separação, seu posicionamento como sujeito. Nesse caso, as demandas maternas dirigidas ao bebê são intensificadas, por não haver no ponto de vista da mãe distância entre o bebê real e o bebê do discurso parental.

No **tempo quatro**, da fissura Real da equivalência Simbólica criança-falo, Vorcaro (2004) ressalta a reabertura de uma hiância decorrente da descoberta do genital, que introduz a masturbação e a entrada em jogo de um gozo mal assimilado. Esses fatores concretizam a criança como real e a distanciam da imagem que buscava aderir. Não há espaço para o jogo do engodo, pois as relações com o corpo próprio serão transformadas e ressignificadas, alimentadas pela dimensão real. A angústia de castração é instalada pela apreensão, no real, de ausência de pênis na mulher, estabelecendo a diferença sexual. Há, assim, a constatação pela criança de que a mãe é privada do falo, marcada por uma falta fundamental, onde a esperança da criança em completar-se é frustrada pela destituição da imagem fálica que realizou anteriormente e supunha ser. Esse fato é causa de angústia para a criança, pois não sabe mais como realizar a imagem fálica imaginária, perdendo-se e se apagando nesse processo. A criança circula em torno dos seguintes elementos: repulsa de ser o falo, pelo risco de ser devorada, de perder-se; ou de sedução do falo, presentificado por um significante fetichista. O trânsito entre esses opostos é a produção pelo sujeito do simbólico. A criança pode, nesse momento, renunciar a ser o falo, e questionar-se quanto ao seu lugar no desejo desse Outro, que ilumina um lugar de questão para o sujeito, de interrogação da criança desejanse. A angústia é vivida pela criança na medida em que sinaliza a aproximação da voracidade do desejo materno se exercendo e presentificado a possibilidade da equivalência do sujeito ao objeto do desejo materno, ao falo imaginário, engodo que significa um risco de dessubjetivação. Assim, a angústia de castração pode ser chamada de desejo de castração, pois a perda do sujeito é o preço que se paga. O primeiro passo na designação pela criança de

seu ser é barrar sua significação, além de simbolizar a privação do objeto fálico que a mãe testemunha. Onde a potência materna fura, emerge a falta da criança, ambas afetadas nesse processo.

Esse tempo é propício à apropriação pelo bebê dos significantes ofertados pela localização simbólica parental, à ampliação dessa oferta significativa e ao trabalho de ressignificação singular que ultrapassa qualquer previsão antecipada pela nomenclatura diagnóstica. A angústia de castração é um indicador do esforço da criança em desviar-se da condição de objeto do desejo do Outro. É possível criar alternativas ao lugar estático da criança como objeto do desejo materno, ou daquela que é insuficiente em mantê-lo, pela percepção da singularidade da criança presente nas distâncias exibidas por ela, inauguradas nesse momento por sua dimensão real.

A falta materna, até então causada por algo externo ao sujeito, é personificada na figura do pai imaginário, o portador da interdição da criança e da mãe como objeto. Não se faz presente por acaso, pois o desejo da mãe é de um Outro. Esse legislador interfere na relação entre criança e sua mãe, afastando a voracidade do desejo materno, mas também como mediador de qualquer assunto para além da mãe e seus caprichos, presença da lei como tal. Esse **tempo cinco** é o do recobrimento Imaginário da interdição Real, como afirma Vorcaro (2004). Trata-se da imposição de um limite insuperável que invade o campo de significantes. Esse papel será reconhecido imaginariamente em sua onipotência terrificante, e erigido sob o símbolo da paternidade, da privação real do objeto simbólico. Torna-se possível simbolizar a perda através de transições míticas confrontadas com o esboço do sistema simbólico até a fixação de certos elementos estáveis que delineiam o simbólico. A incorporação do pai real no imaginário faz obstáculo no ponto nodal em que a mãe está submetida à lei que lhe é exterior, e o não do pai arrasa a posição de assujeitamento da criança, por colocar em xeque o objeto de desejo da mãe. A lei intervém como ato no discurso da mãe que veicula a sanção da função paterna. O agente paterno é o portador da lei e também do desejo materno. O medo da castração presente traduz o retorno da agressão dirigida ao agente paterno, pois esse Outro imaginário que interdita o acesso da criança à mãe é alvo das intenções agressivas. A percepção da castração materna, em sua articulação com a Lei, situa a introdução da ordem simbólica.

Ilustramos esse embate presentificado pela interdição da mãe e da criança, no contexto do diagnóstico precoce de doenças graves, nas queixas das mães de pacientes que lidam com os filhos “sem limites”. Entendemos que o limite orgânico e a marca diagnóstica e que o representa participam como oferta significativa disponível para a criança, pela capacidade do

agente materno em dar sentido à patologia. O pedido à equipe é de auxílio em tornar essa criança receptiva à demanda materna, que ela obedeça e siga as prescrições médicas. Discutimos em que medida essa criança “limitada” organicamente pela patologia, ao negar a incorporação do tratamento em sua rotina, não estaria correspondendo à demanda materna de uma criança sem limites, ou seja, vivência ilusória de uma criança sem uma marca orgânica – ou dito de outra forma, em que medida a mãe transmite uma demanda que oferece as pistas à criança no sentido de negar a própria limitação orgânica. Trata-se de uma vivência invasiva por parte da criança, que se oferece à voracidade velada materna como resposta à demanda. Sustentamos também, nessa queixa, um pedido, mesmo que indireto, pela mãe, não de orientação pedagógica ao seu filho, mas de instauração de uma lei que barre esse assujeitamento da criança à demanda materna, pela percepção do risco que a não adesão ao tratamento significa para a saúde da criança. A equipe multidisciplinar e o saber médico presentes nessa prática funcionam como agentes ordenadores da relação da mãe com a criança, pela inserção das prescrições e orientações necessárias ao acompanhamento dos pacientes, que precisam ser consentidas pela fala da mãe para terem efeito no funcionamento simbólico e na vida do paciente.

O **tempo seis** é caracterizado pelo laço da metáfora no qual o Simbólico incide no Imaginário, momento em que é possível tomar o pai em sua função verdadeira de unir o desejo à lei em uma lógica. O falo é tomado como simbólico, o que indica uma aniquilação da alienação da criança e a conquista da incorporação da inscrição metafórica. Na presença dos desdobramentos do mito, o funcionamento da interdição prevalece, prescindindo da consistência concreta do pai para a ordenação simbólica. O pai é entendido como capaz de dar à mãe o que ela deseja, e, para a criança, significa que ao menos um sabe o que ela quer. Imprescindível à constituição simbólica é o significante fálico, central na realidade psíquica, na possibilidade da criança de interrogar-se sobre sua significação, abrindo o caminho para o desejo. A castração mostra-se como uma perspectiva mais fecunda e dialética que substitui a alienação. Com a instauração da lei, o pai torna-se o elemento mediador do mundo simbólico e da estruturação da criança, que encontra na castração simbólica sua solução para tornar-se sujeito desejante. O pai é potência fálica, com quem a criança rivaliza para a posse do falo, e, ainda, transmite o nome que autoriza ao portador possuir sua potência e, desse modo, amá-lo. A metáfora paterna é uma simbolização, uma substituição do pai, enquanto significante, no lugar do desejo da mãe, pivô que permite à criança situar-se no campo simbólico (VORCARO, 2004).

A criança pode, nesse momento, localizar-se na linguagem a partir de uma posição desejante, incluindo a nomenclatura diagnóstica na constelação significativa colecionada desde os primeiros tempos da trançagem. Isso não significa que, no final do percurso da estruturação subjetiva, a criança recupere os efeitos traçados nas etapas anteriores num estado final pleno. Nessa combinação de elementos mais ou menos prevalentes é que serão desenhados os arranjos possíveis para cada sujeito. Esse desfecho não segue nenhuma antecipação prévia, tratando-se de uma invenção do sujeito. Como afirma Vorcaro (2004):

As estruturas subjetivas são orientadas singularmente pela especificidade da nomeação paterna com a qual o sujeito se sustém [...]. O sujeito pode constituir invenções para o atamento borromeano, em suprimento aos pontos de fracasso do enodamento, pontos em que a função da metáfora paterna não teve incidência, nas versões (père-versions) que amarram RSI para suportar a modalização subjetiva (VORCARO, 2004, p. 134).

A prática do diagnóstico precoce de doenças graves no bebê fornece elementos que podem ser analisados dentro da perspectiva psicanalítica, capaz de revelar a incidência dessa prática na constituição subjetiva, assim como a relevância dessa discussão no contexto atual de difusão de práticas semelhantes, com ganhos consideráveis para os pacientes acompanhados e para o avanço qualitativo dessas práticas.

Um bebê é uma coisa morna e pequenina, carente de um passado próprio e repleto de promessas de futuro. Quando a comoção dos dados orgânicos patológicos faz estragos no imaginário familiar, oficiemos de ponte para que nosso pequeno paciente possa apropriar-se do passado que lhe corresponde e para, deste modo, deixar abertos os caminhos concretos do futuro (CORIAT, 1997, p.75).

5 CONCLUSÃO

O constante avanço tecnológico nos mobiliza a compreender os efeitos de sua presença. A velocidade de criação e a necessidade de intervenção urgente muitas vezes se sobrepõem a uma série de questões impensadas, mas reveladas pelas práticas nas quais esses instrumentos estão inseridos. Ao considerarmos esses questionamentos, instigando a abertura de um espaço de diálogo e reflexão sobre eles, estamos contribuindo com o contínuo aperfeiçoamento tecnológico, afirmando sua relevância para os contextos que convocam sua invenção.

Na prática do diagnóstico precoce de doenças graves do bebê, os instrumentos diagnósticos são construídos de modo a responder a demanda social de preservação da vida e desenvolvimento do recém-nascido. O lugar do bebê como alvo de cuidados e proteção decorre de uma representação sócio-histórica da criança que a delinea como projeto de realização futura dos ideais sociais. Garantir a sobrevivência do neonato é possibilitar seu recobrimento com o valor definido por esses ideais, tais como os de perfeição, de produtividade, de perpetuação dos ideais, de saúde, de imortalidade. Cada novo nascimento é vivido como uma atualização da aposta nesse projeto. Justifica-se desse modo a criação cada vez maior de intervenções voltadas para o cuidado com o bebê.

O exemplo da prática da triagem neonatal como direito a todo recém-nascido em território brasileiro é uma conquista indispensável a garantia de condições dignas de vida e saúde dos bebês acompanhados pelo PNTN. No sentido de contribuir para o avanço da prática, nossa inserção nesse contexto nos mobilizou a verificar que diagnosticar precocemente um bebê com doença grave não é um ato sem consequências.

O impacto da notícia do diagnóstico acarreta mudanças não só na vida do paciente, mas também na de seus pais, que passam por um trabalho difícil de luto daquele bebê que foi imaginado sem as marcas genéticas apontadas pelos especialistas. Outros elementos são as mudanças nas rotinas familiares, com as consultas e exames frequentes, além das prescrições. Verificamos uma possibilidade de interferência no modo como cuidadores enxergam, cuidam e tratam o seu bebê, dirigidos não pelo seu próprio saber, mas orientados pelo peso da nomenclatura diagnóstica e do discurso médico. Por outro lado, é também possível uma resistência por parte dos cuidadores à prescrição, uma dificuldade de compreensão de sua importância, influenciada diretamente pela capacidade em realizar esse luto e aceitar o diagnóstico de seu bebê. As marcas inseridas no corpo do bebê por aqueles que se ocupam dele carregam os diversos modos de significação do diagnóstico oferecido pelos cuidadores, e

forneçam elementos que participam da conformação subjetiva do neonato. Elas participam da construção do circuito pulsional do bebê, mobilizador de seu progresso subjetivo. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da dimensão pulsional impulsionará o desenvolvimento do organismo como um todo, dentro de certo modo de satisfação pulsional delineador de uma posição subjetiva. O bebê deve se apropriar desses elementos, como parte de sua estruturação enquanto sujeito, inventando-se, dando um sentido único ao vivido.

Para tornar esse processo possível, é imprescindível a aposta na existência de um sujeito antes mesmo de seu surgimento, onde a nomenclatura diagnóstica não esgote as possibilidades de destino dessa criança, sentenciando-a aos limites definidos pelo nome da doença. A antecipação de um sujeito abre um espaço a ser preenchido pelo bebê com sua singularidade, um espaço para sua própria invenção. O campo das biotecnologias tem se deparado cada vez mais, graças aos avanços da genética, com a impossibilidade de categorizar e generalizar quadros clínicos, pois a singularidade do caso se faz sempre presente, mesmo em decorrência de uma marca genética. Como exemplo, no contexto da prática da triagem neonatal, o tratamento com os pacientes acompanhados é realizado de maneira individualizada, sensível às variações do quadro entre pacientes e no próprio paciente. O acompanhamento frequente e presente por toda a vida dos pacientes constitui um espaço de reconhecimento das singularidades que escapam à descrição diagnóstica.

Nesse sentido, o método clínico, modo de conhecimento dirigido pelo olhar que considera o inesperado presente em cada novo caso, dele retirando um saber sobre o universal, é o ponto de aproximação, porta de diálogo para os campos médico e psicanalítico. A prática do diagnóstico precoce nos convida a promover o diálogo entre distintos saberes envolvidos nesse contexto. Amplia-se o alcance de percepção do fenômeno pelos envolvidos, potencializando os ganhos no avanço e valorização da prática.

Sugerimos, como proposta de investigações futuras, a verificação de nossa discussão e conclusões a partir do acompanhamento e estudo de casos pertencentes a diferentes práticas voltadas para o diagnóstico precoce de doenças graves, que verifiquem a presença dos elementos citados e suas possíveis configurações. Esperamos que o presente trabalho ofereça contribuições para o aprofundamento do tema.

O benefício no desenvolvimento biológico do bebê diagnosticado precocemente, que demanda essa intervenção urgente, é acompanhado pelos efeitos na estruturação da sua subjetividade. Desde a invenção tecnológica dos instrumentos de diagnóstico precoce, os efeitos na constituição do sujeito resultam de uma invenção singular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, Sônia. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, Sônia; ELIA, Luciano. (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2000. p. 37-55.
- ALLOUCH, Jean. **Erótica do luto no tempo da morte seca**. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- ANSERMET, François. **Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003a.
- ANSERMET, François. Da psicanálise aplicada às biotecnologias e retorno. **Latusa digital**, Rio de Janeiro, ano 0, n.1, ago. 2003b. Disponível em: <http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_1_a3.pdf>. Acesso em 23 jun. 2010.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. (1975). Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- BANDEIRA, Manuel. **Libertinagem & estrela da manhã**. Edição crítica. Coordenação de Giulia Lanciani. São Paulo: ALLCA XX, 1998.
- BARBOSA, Denise Carvalho. Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 12, n. 23, dez. 2007, p. 68-77. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/estic/v12n23/v12n23a06.pdf>>. Acesso em 04 nov. 2011.
- BARROSO, Suzana Faleiro. A criança, de Freud a Lacan: do ideal ao objeto. **Almanaque On-line**, Belo Horizonte, ano IV, n. 7, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/07/textos/Suzana.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2011.
- BELAGA, Guilherme. O psicanalista aplicado no hospital. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortênsia; KRUGER Flory (Orgs.). **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 9-18.
- BOARINI, Maria Lúcia; BORGES, Roselânia Francisconi. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, jun. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a05v03n1.pdf>> Acesso em 23 jun. 2010.
- BRASIL. Governo Federal. **Períodos Históricos**. Brasília: Governo Federal, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/historia/figuras-historicas>>. Acesso em 28 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/MANUAL%202002%200456%20Neo%20Natal-%2006.JUN02.pdf>>. Acesso em 10 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1061>. Acesso em 08 jun. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 18 mar. 2012.

CABAS, Antônio Godino. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

CAMPANÁRIO, Isabela Santoro. **Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves**. Salvador: Ágalma, 2008.

CASTRO, Isabel Pimenta Spínola. **Avaliação da inteligência de pacientes com fenilcetonúria atendidos pelo Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais**. 2008. 112f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

CASTRO, Michele Guedes Bredel de. Noção de criança e infância: diálogos, reflexões, interlocuções. In: CONGRESSO DE LEITURA DO BRASIL. 16. 2007. Campinas-SP. **Anais...** Campinas: Associação de Leitura do Brasil. 2007. Disponível em: <http://www.alb.com.br/anais16/sem13pdf/sm13ss04_02.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2010.

CIRINO, Oscar. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

CLASTRES, Guy. A criança no adulto. In: MILLER, Judith (Org.). **A criança no discurso analítico**. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p. 136-140.

CORIAT, Elsa. **Psicanálise e Clínica de Bebês**. 2. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

DEL PRIORE, Mary. Apresentação. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009a, p. 7-17.

DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009b, p. 84-106.

DOR, Joel. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. Tradução de Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artmed, 1989.

DOR, Joël. **Estrutura e perversões**. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DOR, Joël. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Tradução de Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus, 1994.

FERNANDES, Cláudia Mascarenhas. **Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê.** 2010. 205f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERRARI, Ilka Franco. A psicanálise no mundo da ciência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 8, n. 11, jun. 2002, p. 82-91. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/139/133>>. Acesso em: 02 nov. 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Infância. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário eletrônico Aurélio**. Versão 5.0. Ed Positivo, 2004.

FERREIRA, Tânia. Introdução – Sob o manto da deficiência. In: FERREIRA, Tânia (Org.). **A criança e a saúde mental – enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 13-22.

FREUD, Sigmund. A psicoterapia da histeria. (1895). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.2, p. 251-294.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7, p. 119-231.

FREUD, Sigmund. Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. (1906 [1905]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7, p. 255-265.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução. (1914). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14, p. 77-108.

FREUD, Sigmund. Os instintos e suas vicissitudes. (1915). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14, p. 115-144.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. (1920). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.18, p. 11-75.

FREUD, Sigmund. Dois verbetes de enciclopédia. (1923). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.18, p. 251-274.

FREUD, Sigmund. Um estudo autobiográfico. (1925). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.20, p. 9-78.

GOMES, Ana Maria Rabelo. Outras crianças, outras infâncias? In: SARMENTO, Manuel Jacinto; GOUVEA, Maria Cristina Soares de (Orgs.). **Estudos da Infância: educação e práticas sociais**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 82-96.

GOUVEA, Maria Cristina Soares de. A escrita da história da infância: periodização e fontes. In: SARMENTO, Manuel; GOUVEA, Maria Cristina Soares de (Orgs.). **Estudos da Infância: educação e práticas sociais**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 97-118.

HOROVITZ, Dafne Dain Gandelman; LLERENA JR., Juan Clinton; MATTOS, Ruben Araújo de. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/08.pdf>>. Acesso em 12 out. 2010.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss eletrônico da língua portuguesa**. Versão monousuário 3.0. Objetiva, 2009.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. 5. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2010.

JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, Julieta. **A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo**. 2009. 262 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

KOHAN, Walter Omar. Infância e Filosofia. In: SARMENTO, Manuel; GOUVEA, Maria Cristina Soares de (Orgs.). **Estudos da Infância: educação e práticas sociais**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 40-61.

KRAMER, Sônia. Infância, cultura contemporânea e educação contra a barbárie. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, jul./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.periodicos.proped.pro.br/index.php?journal=revistateias&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=41&path%5B%5D=43>>. Acesso em 12 out. 2010.

KUPFER, Maria Cristina Machado et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**. São Paulo, v. 6, n.1, mai. 2009, p. 48-68. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v06n01/valor.pdf>>. Acesso em 12 out. 2010.

LACAN, Jacques. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. (1949). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.

LACAN, Jacques. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. (1957). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 496-533.

- LACAN, Jacques. O lugar da psicanálise na medicina. (1966). **Opção Lacaniana**. São Paulo, n. 32, dez. 2001, p. 8-14.
- LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-70)**. São Paulo: Jorge Zahar, 1992.
- LACAN, Jacques. Duas notas sobre a criança. (1986). **Opção Lacaniana**. São Paulo, n. 21, abr. 1998, p. 5-6.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de Psicanálise**. 4. ed. Direção de Daniel Lagache. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LEÃO, Letícia Lima; AGUIAR, Marcos José Burle de. Triagem Neonatal: o que os pediatras deveriam saber. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 4 suppl, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n4s0/v84n4s0a12.pdf>>. Acesso em 14 mar. 2011.
- LEITE, Márcio Peter de Souza. Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano IV, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun1/3.pdf>>. Acesso em 14 mar. 2011.
- LIMA, Gustavo da Costa. O discurso da sustentabilidade e suas implicações para a educação. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v. 6, n. 2, jul./dez. 2003. p. 99-119. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v6n2/a07v06n2.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2011.
- MANNONI, Maud. **A criança, sua “doença” e os outros**. 2. ed. Tradução de Monica Seincman. São Paulo: Via Lettera, 2003.
- MARCILIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org). **História Social da Infância no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- MARCOS, Cristina Moreira. A pesquisa em psicanálise e a Linha de Pesquisa Processos Psicossociais do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da PUC-Minas. In: NETO, Fuad Kyrillos Neto; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade**. Barbacena: Ed. UEMG, 2010. Cap. 7, p. 99-111. Disponível em: <http://eduemg.uemg.br/docs/Pesquisa_em_Psicanalise.pdf>. Acesso em 12 out. 2010.
- MEIRELLES, Ricardo Martins da Rocha. Triagem Neonatal: Ficção ou Realidade? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 44, n. 2, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v44n2/11684.pdf>>. Acesso em 12 out. 2010.
- MILLER, Jacques-Alain. A transferência de Freud a Lacan. In: MILLER, Jacques-Alain. **Percursos de Lacan: uma introdução**. 2. ed. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, p. 55-71.
- MILLER, Jacques-Alain. O último ensino de Lacan. **Opção lacaniana**. São Paulo, n. 35, jan. 2003a, p. 6-24.

MILLER, Jacques-Alain. A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan. **Carta de São Paulo**, São Paulo, Escola Brasileira de Psicanálise – Seção São Paulo, v. 10, n. 5, out./nov. 2003b, p. 18-32. Disponível em: <http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el_ruisenor.pdf>. Acesso em 10 dez. 2011.

MILLER, Jacques-Alain; MILNER, Jean-Claude. **Você quer mesmo ser avaliado?:** entrevistas sobre uma máquina de impostura. Tradução de Vera Lopes Besset. São Paulo: Manole, 2006.

OLIVEIRA, Sergio Lopes de; PARLATO-OLIVEIRA, Erika. O discurso científico e o discurso desejanste: as marcas do discurso na estruturação do sujeito. In: Formação de profissionais e a criança-sujeito, 7, 2008, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032008000100080&lng=pt&nrm=abn>. Acesso em: 05 nov. 2011.

PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009, p. 347-375.

PESSOA, Fernando. **Mensagem: Poemas exotéricos**. Edição crítica. Coordenação de José Augusto Seabra. 2. ed. São Paulo: ALLCA XX, 1996.

PINTO, Jeferson Machado. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2012.

PINTO JÚNIOR, Walter. Diagnóstico pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a13v07n1.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2011.

POLIMENO, Andrea. **A puericultura personalizada do século 21**. 2009. Disponível em: <<http://www.revistapesquisamedica.com.br/PORTAL/imprime.asp?codigo=11572>>. Acesso em 22 nov. 2010.

PORGE, Erik. A transferência para os bastidores. In: PORGE, Erik. **Revista Littoral. A criança e o psicanalista**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998, p. 7-19.

POSTMAN, Neil. **O desaparecimento da infância**. 2. ed. Tradução de Suzana Menescal de Alencar Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

PREVENÇÃO de doenças deve começar na infância. **Correio do Brasil**, ano XI, n. 3976. Disponível em: <<http://correiodobrasil.com.br/prevencao-de-doencas-deve-comecar-na-infancia/191838>>. Acesso em 19 nov. 2010.

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

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições da análise**. 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

RABINOVICH, Diana. O psicanalista entre o mestre e o pedagogo. **Cadernos de Psicologia da UFMG**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, dez. 2001, p. 9-28.

REY, Luís. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.

ROSA, João Guimarães. **Ficção completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994, v. 1.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. 6. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SILVA, Michelle Pereira da; CARVALHO, Carlos Henrique de. Infância e modernidade: redimensionando o ser criança. **Cadernos da FUCAMP - Fundação Carmelitana Mário Palmério**, Monte Carmelo, v. 3, n. 2, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.fucamp.com.br/nova/revista/revista0302.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2010.

SOUZA, Carolina F. Moura de; SCHWARTZ, Ida Vanessa; GIUGLIANI, Roberto. Triagem Neonatal de distúrbios metabólicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a12v07n1.pdf>>. Acesso em 12 out. 2010.

SZPIRKO, Jean. Ser doente, ter uma doença. In: ALBERTI, Sônia; ELIA, Luciano. (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2000, p. 57-71.

TANNURE, Cynthia da Conceição. **Um psiquismo materno também portador de necessidades especiais?**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

UFMG assina com Ministério da Saúde acordo para aumentar cobertura do teste de Triagem Neonatal. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Notícias. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/online/arquivos/023128.shtml>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2008 Caderno Brasil**. Brasil, 2008a. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2012.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2008 Sobrevivência Infantil**. Brasil, 2008b. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf>. Acesso em 17 mar. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico. **Triagem Neonatal**. Belo Horizonte: NUPAD/UFMG. Disponível em: <<http://www.nupad.medicina.ufmg.br/>>. Acesso em 08 jun. 2010.

VALAS, Patrick. El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis. **Vectores del acontecer analítico**, 4/5, nov. 1988, p. 5-10. Publicación de la Biblioteca Internacional de Psicoanálisis.

VALAS, Patrick. A criança no adulto. In: MILLER, Judith (Org.). **A criança no discurso analítico**. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p. 141-146.

VEIGA, Cynthia Greive; FARIA FILHO, Luciano Mendes de. **Infância no Sótão**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

VOLICH, Rubens Marcelo. Gene real, gene imaginário: uma perspectiva fantas(má)tica da hereditariedade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.1, n.2, jun. 1998. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun8/7.pdf>>. Acesso em 08 jun. 2010.

VORCARO, Ângela Maria Resende. Doenças graves na infância. In: Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões, 1998, Rio de Janeiro. **Anais: Trata-se uma criança**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

VORCARO, Ângela Maria Resende. Os dragões do tempo primordial: a repetição como primeira identificação. In: LEITE, Nina Virgínia de Araújo (Org.). **Corpolinguagem: gestos e afetos**. Campinas: Mercado das Letras, 2003, p. 215-222.

VORCARO, Ângela Maria Resende. **A criança na clínica psicanalítica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

VORCARO, Ângela Maria Resende. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: NETO, Fuad Kyrillos Neto; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade**. Barbacena: Ed. UEMG, 2010a. Cap. 1, p. 11-23. Disponível em: <http://eduemg.uemg.br/docs/Pesquisa_em_Psicanalise.pdf>. Acesso em 12 out. 2010.

VORCARO, Ângela Maria Resende. Urgência subjetiva do neonato em UTI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 617-634, dez. 2010b. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/dezembro2010/5.pdf>>. Acesso em 08 jun. 2010.