

“Tô vivo, tô morto”: que apelo é esse?

“I’m alive, I’m dead”: what is this appeal?

Cleyde Simone França Netto Chiodi

Resumo

Este relato de caso se propõe a trazer questões e reflexões iniciais em torno das potenciais implicações de uma “morte anunciada” pelo saber médico no psiquismo de uma mãe e de seu bebê. O caso foi recortado de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado *Intervenção a Tempo em bebês e crianças com impasses no desenvolvimento psíquico*, conduzido no estágio de pós-doutoramento da Dra. Isabela Santoro Campanário. Com abordagem psicanalítica, a pesquisa foi realizada em um centro de saúde da Regional Centro-Sul, em Belo Horizonte, Minas Gerais. O relato aqui descrito foi produzido a partir da experiência de duas psicanalistas durante a aplicação do protocolo IRDI (Indicadores Cínicos de Risco para o Desenvolvimento infantil), em junho e outubro de 2018. O presente trabalho termina especulando, à luz da teoria psicanalítica lacaniana, como a relação mãe-bebê, neste caso específico, foi impactada pelo prenúncio de uma morte que não se concretizou.

Palavras-chave: Significante, Morte anunciada, Fantasmas maternos, Laço mãe-bebê.

Introdução

O relato de caso que dá base a esse texto foi feito no contexto da pesquisa *Intervenção a Tempo em bebês e crianças com impasses no desenvolvimento psíquico*, liderada pela psiquiatra e psicanalista Dra. Isabela Santoro Campanário, no seu projeto de pós-doutorado na Universidade de São Paulo.

O objetivo da pesquisa é investigar os efeitos da Intervenção a Tempo orientada pela abordagem psicanalítica, num centro de saúde da Administração Regional Centro-Sul, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Para acompanhar os efeitos da Intervenção a Tempo, a pesquisa se propôs utilizar os instrumentos CARS (*Childhood autism rating scale*), IRDI (Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil) e AP3 (Avaliação psicanalítica aos 3 anos).

O fragmento clínico apresentado como caso envolve mãe e bebê, aqui denominados Janete e Eduardo. O relato que descrevemos foi colhido no contexto da primeira aplicação do protocolo IRDI, em junho 2018. O

protocolo IRDI tem como principal objetivo detectar a tempo problemas de desenvolvimento e risco psíquico, além da intervenção que poderá oferecer outro destino para o sofrimento da criança e de seu entorno (KUPFER; VOLTOLINI, 2005).

Janete e Eduardo foram recebidos no decorrer da pesquisa, que realizou entrevistas e coletas de dados entre abril e outubro de 2018. A criança e os pais participaram dos grupos de Intervenção a Tempo (parte da pesquisa) e de sessões individuais de fonoaudiologia e terapia ocupacional no centro de saúde. Pais e bebê vieram encaminhados por um ambulatório multidisciplinar especializado em bebês prematuros.

Janete, que ansiava pela gravidez havia dez anos, teve um sangramento intenso aos três meses de gestação e foi alertada pelo médico que “difícilmente essa gravidez iria à termo”. Esses votos mortíferos foram vividos por ela como uma ‘premonição’, que se colou a esse significante, modificando abruptamente o imaginário e as representações maternas so-

bre esse filho. O fantasma da morte e, certamente, outros fantasmas revividos por ela passaram a fazer parte da posição que esse bebê ocupa no inconsciente materno, o que trouxe fraturas ao laço dessa mãe com seu bebê.

Metodologia e circunstâncias da coleta do relato

A fim de responder aos indicadores do IRDI, convidamos Janete a recordar o período em que Eduardo era recém-nascido até os 18 meses de idade, com o objetivo de investigarmos como a criança foi constituindo seu psiquismo no enlaçamento com o Outro primordial.

Segundo Kupfer e Voltolini (2005), o IRDI é um instrumento que avalia riscos para o desenvolvimento infantil de 0 a 18 meses e está dividido em 4 faixas etárias. Os indicadores representam a tentativa de traduzir sinais de risco em uma linguagem acessível e organizá-los de modo prático, através de um formulário elaborado para que profissionais da rede pública de saúde possam incluir essa observação no cotidiano da sua prática clínica.

Esse protocolo tem por objetivo ajudar os profissionais de saúde a identificar potenciais problemas de desenvolvimento e risco psíquico, bem como dar informações que podem ser preciosas para a intervenção clínica que pode dar outro destino ao sofrimento psíquico da criança e seu entorno (KUPFER; VOLTOLINI, 2005).

Os 4 eixos teóricos que embasam e organizam os indicadores de risco são:

- **Suposição do sujeito:** Refere-se à capacidade da mãe ou do cuidador de supor no bebê a existência de um sujeito psíquico, ainda que não esteja constituído.
- **Estabelecimento da demanda:** Refere-se à função que o cuidador tem de interpretar os gestos da criança como um apelo dirigido a ele.
- **Alternância presença/ausência:** Diz respeito ao período entre a demanda da crian-

ça e sua satisfação, que corresponde a um intervalo do qual pode surgir a resposta da criança.

- **Instalação da função paterna:** Procura identificar o lugar do terceiro na relação mãe-bebê.

Desses 4 eixos teóricos derivam os 31 indicadores clínicos que aparecem nos primeiros anos de vida da criança e que são dependentes do laço estabelecido com sua mãe (ou substituto). A presença dos indicadores indica o desenvolvimento e a ausência risco na consti tuição psíquica (KUPFER; VOLTOLINI, 2005).

Recebemos mãe e bebê em duas ocasiões, para aplicação do protocolo IRDI e posterior acompanhamento, em dois encontros: o primeiro em junho e o segundo em outubro de 2018. Seguindo o padrão da pesquisa, o segundo encontro tinha por função a comparação com o primeiro, a fim de avaliar possíveis efeitos do tratamento e as necessidades futuras.

Na primeira aplicação do protocolo IRDI, Eduardo estava com um 1 e 7 meses. Foi convidado a brincar com a analista observadora Simone Gordiano, enquanto escutávamos a mãe na condução da entrevista, como analista responsável pela aplicação do protocolo.

Os relatórios clínicos realizados após a segunda entrevista observaram melhoras importantes com relação aos problemas relatados no primeiro encontro. E concluíram que o acompanhamento com as equipes de Intervenção a Tempo continuava necessário. Na seção seguinte, relatamos o caso com base nos aspectos de interesse específico deste ensaio.

Os efeitos de uma morte anunciada

Inicialmente, pedimos a Janete que nos contasse um pouco da sua história anterior à gravidez. Ela conta que tentou engravidar durante dez anos. Passou a viver junto com o atual companheiro, aos 17 anos e diz que, desde então, ansiava pela gravidez. Quando

já tinha desistido e pensou que talvez a gravidez não fosse da vontade de Deus, ela engravidou. Diz que foi “uma felicidade imensa”.

Até os três meses de gestação, ela e o marido conversavam muito com o bebê na barriga, faziam muitos planos e curtiram muito o momento. Ainda no terceiro mês, Janete teve um sangramento muito intenso e foi alertada pelo médico que “difícilmente essa gravidez iria a termo”.

Que implicações uma “morte anunciada” proferida pelo saber médico pode causar no psiquismo de uma mãe e de seu bebê?

Esses votos mortíferos foram vividos por Janete como uma ‘premonição’. Ela se colou ao significante “difícilmente iria a termo”, o que modificou abruptamente o imaginário e as representações maternas sobre o filho.

O fantasma da morte e, certamente, outros fantasmas revividos por ela passam a fazer parte da posição que esse bebê ocupa no inconsciente materno, o que fez com que ela se defendesse à sua maneira, em relação à continuidade da gravidez.

Ocorre, então, uma ruptura no espaço psíquico que estava sendo construído para receber seu bebê e Janete passa a tratá-lo como “morto”. Ela nos fala de um abandono, de uma suspensão de sentimentos. Deixou de falar com ele, de fazer planos. Não o sentia se mexer, não comprou nada para o enxoval, com medo de que ele não nascesse, “com medo de não finalizar”.

Mathelin (1999, p. 66) descreveu que

[...] quando uma grávida prepara o enxoval do seu bebê, ela fabrica para além da roupa os braços, as pernas, a imagem do corpo do bebê na cabeça da mãe. O que lhe permite conceber uma representação de seu filho.

Janete não conseguiu elaborar essa perda antecipada. Para ela, seu bebê não existia: não tinha corpo, não mexia, não crescia. Era amorfo na fala e no desejo da mãe.

Que efeitos poderiam ser produzidos no psiquismo de um bebê que muito cedo, ain-

da intraútero, se vê privado da comunicação com sua mãe?

Parlato (2017) interroga como a voz do outro marca a constituição do sujeito. Coloca que essa questão remonta aos primórdios do sujeito, ainda no intraútero, a partir do momento em que ele adquire a capacidade de ouvir os sons da voz desse outro.

Nesse primeiro momento, a voz mais audível é a voz materna. Essa voz ressoa internamente por canais que a tornam mais marcantes. A partir da 26.^a semana, ele começa a responder a essa voz com movimentos gestuais que revelam o destino preciso da mensagem a ele endereçada. O bebê responde às indagações feitas pela voz e pelo gesto, e dialoga com a mãe. Podemos supor que é através da voz que se inicia a construção do laço mãe-bebê.

Eduardo nasceu prematuro, com 32 semanas de gestação, com 1,630 kg e 39 cm. A bolsa rompeu, o parto foi cesáreo, com oligodramnia. Chorou ao nascer. Ficou 9 dias na UTI neonatal e mais 9 dias internado.

A prematuridade trouxe consigo significativas repercussões para Janete, agravadas por uma sobreposição de perdas: a “morte” do filho esperado a partir do sangramento no terceiro mês, o berço vazio em casa, a cobrança familiar e social de um filho saudável, perfeito.

A construção da identidade materna, que vinha em estado de suspensão é, mais uma vez, interrompida. Janete fala de sentimentos de intenso fracasso, “da incapacidade de gerar um filho vivo”. Tudo isso produziu nessa mãe uma profunda ferida narcísica, ainda não cicatrizada. Janete não se autorizou a ser mãe.

Ela contou que amamentou o filho ao seio até os 6 meses, com complemento. A princípio começou usando o bico de silicone, porque ele tinha pouca força para mamar. Ao ser amamentado, Eduardo buscava poucas vezes o olhar da mãe. Olhava-a e retirava o olhar rapidamente. Ela também não o olhava. Contou também que os primeiros meses

foram muito difíceis. Ela tinha pouca ajuda, pois a família dela mora longe e o bebê chorava muito. Diz ter ficado os primeiros três ou quatro meses sem dormir.

Na entrevista relatou ter criado o filho mais no bebê conforto e no carrinho. Não era muito de pegá-lo ao colo. Houve uma fase em que o deixava vendo *Galinha pintadinha* por horas, mas depois que foi orientada por profissionais, deixou de fazê-lo.

Eduardo foi acompanhado num Centro de Saúde por neurologista, pediatra, terapeuta ocupacional e psicóloga, a princípio de 4 em 4 meses, depois de 6 em 6 meses, por ser considerado “bebê de risco”.

Solicitamos à mãe que lembrasse o período em que Eduardo era recém-nascido até os 18 meses de idade, a fim de investigarmos como ele foi constituindo seu psiquismo no enlaçamento com o Outro primordial e respondermos aos indicadores do IRDI.

A mãe só reconhecia no choro ou grito do bebê as necessidades vitais (fome, cocô, xixi, dor de barriga). Em nenhum momento, pensou que ele quisesse algo além, como o colo, o aconchego. Disse que o choro era tão fraquinho que ela mal escutava. Esse bebê, que Janete considera “ainda não nascido”, não pôde ocupar o lugar de ideal e estava reduzido ao puro real, sem nada de simbólico que pudesse permitir a sua falicização.

Segundo a mãe, ela não usava o manê com o bebê. Quase não conversava com ele. Raras vezes ele a olhava acompanhando o som da sua voz.

Catão (2008, p. 158) afirma:

A voz participa da instauração do laço entre a mãe e o bebê ao mesmo tempo que se constitui enquanto objeto da pulsão, delimitando as bordas que separam o corpo dos dois. Ela é o que funda, a um só tempo, sujeito e Outro. A voz faz litoral.

Janete não esperava que Eduardo se pronunciasse. Não o supunha sujeito, não lhe

antecipava esse lugar. Não havia a hipótese de um saber nele que pudesse retornar a ela sob a forma de demanda. Achava que ele sempre estaria “atrás”, por causa da “idade corrigida”.

Janete relata que o bebê não demonstrava o que queria. Muito raramente olhava para o que almejava e olhava para a mãe, não apontava. Não solicitava a mãe nem aguardava ser atendido: “Só chorava”. Ela não conseguia apaziguar o choro do filho.

Ao grito de Eduardo não foi dado o estatuto de mensagem nem de apelo. Reagia muito pouco quando a mãe ou outra pessoa se dirigiam a ele. Parecia ter desistido de ser escutado. Quase não sorria.

A mãe não lembra quando ele sorriu pela primeira vez. Acha que foi aos 7 ou 8 meses. Teria ele motivos para sorrir? O bebê não buscava o olhar da mãe nem de outras pessoas. Não havia trocas.

Janete disse que não dava suporte às iniciativas do bebê, entregava-lhe o que ela achava que ele queria, direto, sem interrogá-lo. Eduardo não pedia ajuda, “pelo menos eu nunca percebi que ele quisesse”.

Janete conta que, a partir de 1 ano, Eduardo passou a sorrir mais, na maior parte das vezes na presença do pai. Começou a demonstrar com um sorriso quando gostava de algo e a ficar bravo quando não gostava. Fazia muitas gracinhas, sempre endereçadas ao pai, que passou a brincar mais com Eduardo, procurando compreender e dar sentido aos sinais emitidos pelo filho.

A criança não demonstrava estranheza com pessoas desconhecidas. Ia no colo de qualquer pessoa, sempre foi assim. Aceitava bem alimentos variados, nunca teve problemas com alimentação.

Segundo a mãe, Eduardo sempre suportou bem as breves ausências dela, mas depois de uma greve nas UMEIs, ele chorava ao chegar à creche e ela interroga se Eduardo estaria sentindo a falta dela. Poderíamos tomar essa fala de Janete como o prenúncio de uma falicização?

Janete diz que é mais rígida ao colocar limites, mas o pai faz mais as vontades da criança e algumas vezes chega a desautorizá-la. Ela não pede que a criança nomeie as coisas, contenta-se só com os seus gestos.

No momento da entrevista, Janete percebia que o filho estava mais receptivo às pessoas, respondia pelo nome. Ele entrou para a creche em abril de 2018, com 1 ano e 3 meses, e naquele momento apresentava atraso motor, de fala, não apontava, rodava os objetos e o contato com o outro era bem comprometido.

Durante o atendimento, Eduardo demonstrou gostar das investidas das analistas pela busca de contato: sorri, produz sons, fica atento às suas palavras, busca o olhar, embora o olhar seja fugidivo. Retira-o, rapidamente. O brincar ainda era precário. Eduardo se perdia no que fazia, não demonstrava um querer. Durante o atendimento, não convocou a mãe em nenhum momento. Quando caiu, se machucou, mas não reclamou. Eduardo não invoca.

Invocare, em latim, remete ao apelo, ao chamamento. O circuito da pulsão invocante se declinará, assim, entre um “ser chamado”, um “se fazer chamar” (eventualmente, de todos os nomes...) e um “chamar”. Mas, para chamar, é preciso dar voz, depô-la, como depomos o olhar diante de um quadro. Para que isso ocorra, é preciso que o sujeito a tenha recebido do Outro que terá respondido ao grito, que ele terá interpretado como uma demanda. (VIVES, 2009, p. 330).

Eduardo caía a todo momento, frouxo, como um boneco sem vida, levantava-se em seguida num movimento que lembra uma dança: “Tô vivo, tô morto”, como se vacilasse entre duas posições desejantes.

Conclusão

Seria esse “cair”, “se jogar”, um transbordamento da angústia por estar preso a um fio tênue e frágil entre a vida e a morte? Se to-

marmos o corpo desse bebê como receptáculo da fantasmática materna, poderíamos pensar que Eduardo está respondendo a esse luto antecipado mas ainda presente, não elaborado pela mãe?

Janete permanece ligada à idealização inicial do filho perfeito, saudável, “vivo” e isso nos parece fazer obstáculo ao processo de elaboração desse luto. Constitui-se ainda como barreira ao enlaçamento com o bebê nascido e real. É como se cada vez que essa criança que não a olha, que não fala com ela, que não a convoca reabrisse essa ferida narcísica, tornando ainda mais difícil a elaboração desse luto.

Janete não conseguiu dar vida a Eduardo em seu fantasma. Para se defender da dor da perda, negou a seu filho sua existência. Para não se apegar. Para não sofrer.

Fica, então, para nós uma interrogação: para Janete esse filho nunca nasceu para nunca morrer?

Abstract

This case report aims to bring opening questions and reflections around the potential implications of an “announced death” made by the medical knowledge over the psychism of a mother and her child. This particular case was part of a broader research project called *Early Intervention among babies and children with psychological development issues*, driven by Dra. Isabela Santoro Campanário post-doctorate internship. With a psychoanalytical approach, the research was conducted in a public health unit in the South-Downtown region, in the city of Belo Horizonte, state of Minas Gerais. The following description was made based on two psychoanalysis interviews, throughout the application of the IRDI protocol, between June and October of 2018. The present essay aims to speculate, through lacanian psychoanalysis theory, how the relation mother-child was affected by the announcement of a death that never happened in fact.

Keywords: *Significant, Announced death, Motherly ghosts, Mother-child bond.*

Referências

CATÃO, I. Do som à música, da música à voz: os passos da fundação do sujeito. In: ATEM, L. M. (ed.). *Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2008.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online], v. 21, n. 3, p. 359-364, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/dVXXfy8zMyLd9NDKK8ckXjy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MATHELIM, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Tradução: Procópio Abreu. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud, 1999.

PARLATO-OLIVEIRA, E. A importância da voz nos primórdios da constituição psíquica. In: PARLATO-OLIVEIRA, E.; COHEN, D. (orgs.). *O bebê e o outro: seu entorno e suas interações*. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2017. p. 17-28.

VIVES, J.-M. Para introduzir a questão da pulsão invocante. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, SP, v. 12, n. 2, p. 329-341, jun. 2009.

Recebido em: 05/06/2021

Aprovado em: 18/06/2021

Sobre a autora

Cleyde Simone França Netto Chiodi

Graduada em Terapia Ocupacional
pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
Especialista em Psicanálise.
Experiência Docente e Assistencial na Faculdade
de Ciências Médicas de Minas Gerais e na
Universidade Federal de Minas Gerais.
Preceptoria em Saúde Mental nos hospitais Odilon
Behrens e Raul Soares.

Endereço para correspondência

E-mail: simonefnchiodi@gmail.com