

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
MESTRADO**

Luciana Rodriguez Barone

**POR UMA CLÍNICA INFINITAMENTE MINÚSCULA:
senti(n)do por entre os corpos no hospital**

PORTO ALEGRE

2011

Luciana Rodriguez Barone

**POR UMA CLÍNICA INFINITAMENTE MINÚSCULA:
senti(n)do por entre os corpos no hospital**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora Profa. Dra. Tania Mara Galli Fonseca

PORTO ALEGRE

2011

Luciana Rodriguez Barone

**POR UMA CLÍNICA INFINITAMENTE MINÚSCULA:
senti(n)do por entre os corpos no hospital**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aprovada em 29 de abril de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Simone Mainieri Paulon - UFRGS

Dr. Luis Eduardo P. Aragon – Hospital Ana Costa

Dra. Rosane Preciosa Sequeira - UFJF

Aos pequenos encontros que me forçaram a pensar, às
forças intensivas que me fizeram escrever, buscando
um mínimo de expressão possível da clínica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, estiverem presentes nesse percurso, suportando as inquietações, acompanhando as derivações, “estando com”...

À minha família, pai, mãe, mana, primos, tios, avós, pelo apoio constante e estímulo ao pensamento acoplado aos afetos e afagos familiares.

Ao Rafa, pelos ensinamentos e desafios de habitar um plano comum, compondo e decompondo cotidianamente.

Aos colegas e amigos, Rê, Raquel, Jana, Xanda, Sabrina, Cris Rocha, pelo acolhimento, escuta e por me colocarem numa zona de vizinhança e compartilhamento alegre e fortalecedora.

Aos meus amigos dançantes, Alexandre, Marlise, Paula, Luisa, pela possibilidade de experimentar a radicalidade dos encontros corpóreos.

À minha orientadora e colegas do grupo de pesquisa, pela confiança, sutileza e possibilidade de dar corpo ao pensamento, potencializando minhas inquietações e angústias.

Aos professores e ensinantes Gislei, Nair, Simone, Luis Aragon, pela força, ensinamentos e aposta na aprendizagem sensível.

Aos meus colegas de trabalho do hospital e do Coinma, passageiros e duradouros, Mylene, Fabi, Andreia, Agda, Aline Souza, Aline Scheibel, Carol, Lari, Thais, Ricardo, Paula Machado, Cris Kammsetzer, Ana Paula, pela parceria e divisão das angústias, pelo investimento intensivo no trabalho e possibilidade de aprender coletivamente.

À minha terapeuta, Marta, pelas palavras, silêncios, indagações e construções possíveis.

Aos pacientes-agentes, pelas indagações, inquietações, possibilidades de acompanhar e se perder, abrindo brechas para pensar.

Em todo caso, um texto não passa disso: uma pequena peça no interior de um agenciamento coletivo de enunciação. Assim, a retribuição maior que eu poderia almejar para com as parcerias que estão na origem desses ecos escritos consistiria em ver cada texto devolvido às múltiplas vozes que o compõe. (PELBART, 2003, p. 15)

RESUMO

Nesta pesquisa, temos o objetivo de problematizar a clínica e o corpo no hospital, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A partir da experiência clínica como psicóloga em um hospital da mulher, fomos percorrendo as instituições e afetos presentes nesse espaço. Primeiramente, resgatamos a história do hospital, e da clínica, em sua configuração moderna e contemporânea enquanto tecnologia de cura, guiada pela medicina e permeada pela organização disciplinar. Neste espaço, vemos emergir um corpo orgânico e individualizado, a ser olhado e manipulado. Também retomamos as constituições da infância e da família neste período, no qual o bebê se torna alvo de cuidados e a família, instrumento de aperfeiçoamento do biopoder. Surgem, neste contexto, os sentimentos de infância e familiares, assim como a maternidade como forma de cuidado primeira e única, reafirmando as subjetividades privatizadas e intimistas. A partir da interface entre essas duas instituições, hospital e família, vamos percebendo esses aperfeiçoamentos da biopolítica nos modos de cuidar e curar na UTI Neonatal. No encontro com as tecnologias avançadas e as políticas de humanização, evidenciamos o paradoxo que se coloca no ato de produzir padrões de saúde e, concomitantemente, acolher as singularidades dos encontros cotidianos num espaço que se dedica a salvar vidas recém-chegadas e já atravessadas pelo risco de dissolução, prematuras. Assim, o que nos interroga nesta pesquisa é como se dão as linhas de fuga, rupturas desses modos homogeneizantes e generalizantes de produzir saúde no hospital. A pergunta é sobre a potência do corpo e da clínica diante das institucionalizações e significações estabelecidas. Apesar do apacientamento e das modelizações, constroem-se estratégias microscópicas singulares de escapar, de questionar e de produzir outros modos de vida, a partir das inquietações sentidas no corpo. Para tanto, afirmamos uma metodologia que toma o corpo e seus afetos como impulsionadores da produção de conhecimento. Corpo e pensamento se juntam para construir uma cartografia dos processos clínicos na UTI Neonatal, resgatando a sensibilidade higienizada pela racionalidade e o plano da expressão, da produção de sentidos. Através de fragmentos de diários de campo, colocamos em análise o modo como se dão os encontros neste espaço, tentando acompanhar e criar linhas de fuga e diferenciação. Neste trajeto, fomos percebendo que os encontros com o bebê prematuro, fragilizado e miniaturizado despertava em nós profissionais e familiares um sentimento de infância, resgate do plano de sensibilidade apacientado na forma adulto-homem. Assim, abriam-se brechas para o inesperado, não calculado, mesmo que muitos investimentos de salvar e expectativas

de formar um adulto promissor se voltassem para esse bebê. A partir, então, destes afetos, nos conectávamos com nossas próprias fragilidades enquanto clínicos não sabedores, pais insuficientes ou bebês não funcionais, adentrando um plano comum de composição múltiplo e impessoal, e resgatando nossa própria infinitude e coletividade constitutivas. Deixando passar tais intensidades advindas desses encontros fissurados, fomos acompanhando algumas possibilidades minúsculas de reinvenção e composição de uma clínica que não busca se afirmar como uma nova identidade e se quer minúscula em contraposição às grandezas do hospital, da ciência e das políticas. Logo, afirmamos uma ética que se faz a cada novo encontro, singular e imanente. Tal ética da vida e da clínica abre espaço para valorização de uma vida intensiva, e não somente orgânica, a ser preservada, potencializada e expandida.

Palavras-chave: infância – hospital – corpo-pensamento – expressão - clínica minúscula

ABSTRACT

In this research, we aim to discuss the clinic and the body in the hospital, specifically in the Neonatal Intensive Care Unit. Based on the clinical experience as a psychologist in a women's hospital, we walked down the institutions and affection in this space. Firstly, we brought back the history of the hospital, and clinic, in its modern and contemporary settings while curing technology, guided by medicine and permeated by disciplinary organization. In this space, we see emerging an organic and individualized body, to be viewed and manipulated. Also we returned the childhood and family constitutions in this period, in which the baby becomes a target of cares and the family, an instrument for improvement of biopower. Arise, in this context, the childhood and familial feelings, as well as motherhood as a form of first and only care, confirming the privatized and intimate subjectivities. From the interface between these two institutions, hospital and family, we realize these biopolitics improvements in the modes of caring and healing in the Neonatal ICU. At the meeting with the advanced technologies and policies of humanization, we noted the paradox that arises in the act of producing standards of health and concomitantly welcome the singularities of daily encounters in a space that is dedicated to saving newcomers lives and already crossed the danger of dissolution, premature. So what questions to us in this research is how to happen the lines of escape, breaks of these homogenizing and generalizing modes of producing health in the hospital. The question is about the body and clinic potency in front of the institutionalization and meanings established. Although the resignation and modeling, build up singular and microscopic strategies to escape, to question and to produce other ways of life, from of the concerns felt in the body. For this purpose, we affirm a methodology that takes the body and its affections as drivers of knowledge production. Body and mind come together to build a cartography of clinical processes in the Neonatal ICU, recovering the sensitivity cleaned by rationality and the plane of expression, of the production of senses. Through fragments of field diaries, put in analysis the way the meetings take place in this space, trying to follow and create lines of escape and differentiation. During this course, we realized that the meetings with the premature baby, fragile and miniaturized aroused in us work and family a sense of childhood, rescue of the sensitivity plan suppressed in adult-man way. Thus, opened up gaps for the unexpected, not calculated, even though many of saving investments and expectations to form a promising adult have returned for this baby. Since then, these affections, we connected us with our own fragilities while not knowing clinicians,

insufficient parents or non-functional babies, into a common plan of multiple composition and impersonal, and rescuing our infinity and collectivity constitutive. Passing up such intensities that come from these meetings fissured, we were following some tiny possibility of reinvention and composition of a clinic that does not seek to assert themselves as a new identity and want to be tiny in contrast to the grandeur of the hospital, science and policy. Therefore, we affirm an ethic that builds up with each new encounter, singular and immanent. This ethic of life and clinical open space for recovery of an intensive life, not just organic, to be preserved, potentialized and expanded.

Keywords: childhood - hospital - body-thought - expression - clinical tiny

SUMÁRIO

1 PARTINDO DO CORPO	11
2 A MAQUINARIA HOSPITALAR	15
3 O SENTIMENTO FAMILIAL	26
4 O NASCIMENTO NO HOSPITAL: A UTI NEONATAL	36
5 O QUE FORÇA A PENSAR?	48
6 SENTI(N)DO POR ENTRE OS CORPOS	57
7 SOBRE LINHAS DE FUGA: PRODUZINDO CORPO-PENSAMENTO	65
8 POR UMA CLÍNICA INFINITAMENTE MINÚSCULA	77
9 ÉTICA DA CLÍNICA, ÉTICA DA VIDA	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE	98

1 PARTINDO DO CORPO

...Manhã cinzenta, carros passando dificultam o atravessar da rua até o grande e imponente prédio branco de dez andares. Mãe e filha adentram as portas que se abrem no saguão. Na rua, uma placa grande anuncia o caráter público do estabelecimento: 100% SUS. Em princípio, podemos entrar.

Um, dois ou três corpos grávidos. Jovens mães, jovens bebês, novatos trabalhadores. Precisamos agir rápido, o tempo urge. Muita organização e, em meio às tarefas, agonias impensáveis (ARAGON, 2007). Não podemos deixar que a vida recém-nascida nos escape por entre os dedos. Surpresa, susto, desconhecimentos, corpos em desmanchamento. Um gemido, um silêncio, um sussurro, um grito. Vozes, cheiros, sons, tristezas e alegrias permeiam esse hospital da mulher-mãe.

A organização mantém a vida, mas uma vida passa por entre os procedimentos, as palavras, as disciplinas. Parto antecipado, tentativas de cálculos e prognósticos. Expectativas saltam para fora do útero e são acolhidas pela incubadora. Com os afetos incubados, congela-se o tempo intensivo, nos aproximamos do abismo da morte. Distanciamentos e disciplina, entretanto, são atravessados pelo aquecimento da proximidade dos corpos. Desejos de viver e morrer, salvar e matar se intrometem. Afetações agenciam alianças em meio às fragmentações. A nós: acompanhar, experimentar, arriscar cuidadosamente...

Nosso ponto de partida nessa pesquisa é o corpo em encontro com outros corpos. A partir de minha experiência clínica como psicóloga em um hospital público da mulher, começaram a se produzir questões, afetos e pensamentos que agora ganham corpo nessa dissertação de mestrado. Corpos orgânicos de bebês, mães, trabalhadores foram se encontrando, ao longo desse trajeto, abrindo passagem para intensidades sem nome, sensações que não permitiam formalizações e disciplinamento. Diante de tais incômodos, decidimos pesquisar.

Entretanto, aqui, pesquisar e clinicar foram se misturando e, por vezes, criaram zonas indiscerníveis, nas quais não sabíamos mais se queríamos salvar vidas ou dizer delas. Ao nos aproximarmos desse campo empírico da clínica no hospital, foi ganhando força nossa inserção na UTI Neonatal. Tomamos esses encontros em torno do bebê prematuro, pelas forças intensivas que suscitaram, como impulsionadores e produtores de pensamento. Inspirados por Deleuze e Spinoza, buscamos afirmar o corpo, em sua experiência de se encontrar com outros

corpos, como produtor de pensamento. Corpo inquietante e problematizador. Pensamento interrogante, ativo (LAOUJADE, 2002). Extensão e pensamento juntos compõem as trajetórias cartográficas de uma pesquisa-clínica. O que pode o corpo nesse contexto de risco e de urgência da UTI Neonatal? O que podem a clínica e a pesquisa diante de tamanha organização e antecipação?

Buscando habitar tais questões, percorremos o caminho do hospital, sua história recente na sociedade moderna e suas roupagens no contemporâneo. Espaço de cura, tecnologia disciplinar, começa a cumprir uma função muito importante diante de uma organização social que se esforça por preservar vidas, determinados modos de vida. Vai se aperfeiçoando de forma a se tornar uma grandiosa referência em saúde, atingindo níveis antes desconhecidos do corpo e produzindo novas biotecnologias. Para alcançar seus objetivos, promove o apacientamento, docilização dos corpos que recebem o saber e os cuidados, dobrando-se nas relações de poder. Diante de tal cenário, coloca-se também como foco das novas configurações da saúde que buscam humanizar e amenizar tamanha fragmentação do cuidado e objetificação do corpo (ARAGON, 2007).

Especificando nossos estudos, vamos percorrendo o que vem a ser um hospital da mulher e as formatações que mulher, mãe, família e bebê vão ganhando neste espaço. As alianças da família contemporânea se fazem sentir pela força das prescrições e orientações sobre como devemos nascer, crescer e viver. Nucleada, individualizada e interiorizada, esta vai dando espaço para a produção dos sentimentos familiares e amores maternos. Apesar da aparente naturalidade, tal construção familiar que busca proteger e cuidar do bebê indefeso, mas adulto promissor, data da mesma época do surgimento e aperfeiçoamento hospitalar. Invenção da infância, invenção de tecnologias de cura.

Retomamos, então, uma história incompleta e inconclusa do surgimento das instituições hospital e família. Ambas se agenciam e formatam os modos de curar e salvar vidas na UTI Neonatal, onde se evidencia este grande investimento na vida prematura, na infância, no corpo orgânico, na família nuclear. Vida adentra a política e se torna biopolítica, contando com as diferentes instituições e poderes pulverizados numa sociedade que dá as coordenadas para a vida. Nesse cruzamento e emaranhado de produções sociais é que nos interrogamos sobre a potência do corpo, justamente onde os saberes escapam, não alcançam, não dão conta de significar e conter as angústias compartilhadas.

O problema de pesquisa passa a ser exatamente a questão sobre a potência do corpo e da clínica diante de tais amarras, a força da invenção e da expressão na cena clínica. Ao nos

afetarmos pelos corpos neste contexto, somos atravessados por inquietações impalpáveis que estão tentando ser capturadas a cada momento, mas escapam (ARAGON, 2007). Buscamos, assim, habitar tal questão de pesquisa, ocupando a borda, as brechas dos paradoxos que se estabelecem nos atos de curar, cuidar e fazer viver. No espaço do risco de dissolução dos corpos e num tempo das urgências, poderíamos diferir? Quando o relógio nos apressa e a morte orgânica se aproxima, conseguimos problematizar, pensar, inventar outros modos? Tempo cronológico regido pelo espaço dita regras aos corpos. Poderia este ser fissurado pelo tempo Aion, intensivo, eterno, infinito, expressando outras potências ainda não atualizadas, manifestadas (PELBART, 1998)?

Para percorrer essas fissuras, colocamos nosso próprio corpo em cena, afirmando um pensamento que só pode se produzir nas afecções e sensações que temos enquanto pesquisadores e clínicos. Abrimos nosso corpo a essas intensidades, com o cuidado de não nos destruirmos pela força avassaladora dos acontecimentos. Construimos, deste modo, uma metodologia cartográfica que junta corpo e alma para desbravar e inventar os territórios do hospital materno-infantil. Não queremos conhecer um objeto já existente de antemão, mas partimos do princípio de que qualquer presença com a intenção de conhecer provoca turbulências, interferências, mudando as paisagens do campo.

Assim, a partir de nossas afecções nesse campo, tentamos, com uma intuição sensível, nos aproximar do que há de comum entre campo e pesquisador, entre trabalhadores e pacientes, entre um corpo e outro corpo, seja ele humano, tecnológico ou filosófico. Procuramos construir noções comuns para acessar um plano de forças intensivas pré-individuais, coletivo, impessoal e essencial.

Para tanto, acompanhamos algumas linhas de fuga que se produziram no nosso encontro com o hospital; desvios produtores de sentidos diante do que fomos sentindo por entre os corpos. Trazemos a criança, então, como grande foco das atenções que, ao mesmo tempo, é reforçada como adulto promissor, mas, também, por sua abertura, abre um campo múltiplo de possibilidades de composições. Desperta uma sensibilidade comumente esquecida pela razão adulta e funcional. Com os sentidos aguçados e despertados pela criança, somos tomados por fragilidades no ato de cuidar e curar, sendo que não podemos afirmar mais tantas certezas e prognósticos definitivos. O pequeno tamanho e debilidade do bebê, nos conecta com nossa própria fragilidade e miniaturização.

Abrem-se, assim, brechas nas formas tradicionais de ser bebê, mãe, clínico, pesquisador. Ao entrarmos com o corpo nesse universo das formações significadoras e

grandiosas do hospital, colocamos os próprios saberes e poderes em análise. Tais desconstruções possibilitam que nossos corpos sejam atravessados por um devir-criança, intensidade compartilhada não só pela criança, mas por todos os seres que se abram ou se deixem invadir por tamanha força. Forças que tensionam as composições e arranjos de corpos estabelecidos e nos impulsionam a buscar outros modos de viver, clinicar, existir. Pequenas invenções se fazem no cotidiano do trabalho no hospital como forma de criar possibilidades de expressão para esses corpos em contato intensivo.

Afirmamos, portanto, através dessa abertura, das afecções, da construção de noções comuns e do atravessamento dos devires, uma clínica infinitamente minúscula. Pequena, pois não se quer generalizar, modelizar ou representar. Simplesmente, contagiar. Discreta e sutil, não pode ser grande para não espantar as forças que escapam por entre as portas, os prontuários, as luvas e as incubadoras. Infinita, pois adentra outro modo de ver e sentir os corpos, não mais molar, e sim molecular. Penetra por entre as partículas minúsculas que nos constituem, podendo se arranjar de infinitas formas para dar expressão às nossas essências singulares.

No encontro com o bebê prematuro na UTI Neonatal, nos diminuímos e miniaturizamos a clínica, buscando acessar outro campo de sensibilidades que rastejam pelos cantos do hospital. Assumimos também a precariedade de nossas ideias, provisórias e parciais, mutantes e locais. Tal clínica deve se afirmar com cuidado e delicadeza, já que se propõe a habitar justamente esses instantes intensivos, com o risco e a urgência sempre à espreita. Interrogamos e pensamos a clínica, desta forma, conectada com a vida em suas possibilidades de expansão. A ética desta clínica é então a do corpo, na qual a experimentação se torna nossa grande ferramenta de aprendizado e conhecimento. Ética também da vida, de podermos nos expressar, ampliando nossa própria existência, afirmando outros modos de ser saudável e de produzir saúde.

2 A MAQUINARIA HOSPITALAR

...Era meu primeiro dia de trabalho no hospital. Lembro-me desse dia com a intensidade das forças atuais. Entrávamos sempre aos montes, obviamente não eram montes psicológicos. Muitas técnicas de enfermagem, auxiliares administrativos, algumas enfermeiras e médicos. Outros, avulsos, como eu, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social. A maioria dos cuidadores eram mulheres. Sabíamos uns da existência dos outros, mas ali não estávamos identificados, nos diluindo. Num auditório grande, nos encontrávamos todos os profissionais chamados para os diversos hospitais do mesmo grupo. Cheguei discretamente. Sentia um ar de sobriedade necessário naquela acolhida. Cada um tinha recebido seu local de destino, número da poltrona que ocuparia e sabia - num saber que não precisa falar - que, por bom tempo, faria seu vôo solitário. Trocas de olhares curiosos, mas que não ultrapassavam a barreira do olho aberto e levantado discretamente. Atentos, estávamos concentrados em ouvir os palestrantes que vinham nos dizer daquele espaço que iríamos habitar agora. Durante todo o dia ouvíamos, simplesmente.

Escutávamos as leis e regras daquela organização: como cumprir determinações trabalhistas, uso de equipamentos de prevenção de acidentes, modo de higienização adequado, uniformes. De certa forma, também exibiam, com pompa e orgulho, aquelas diferentes invenções e todas as inovações que faziam destes hospitais grandes espaços de reconhecimento social e midiático. Implicitamente, íamos sentindo o peso daquilo ao qual tínhamos que corresponder, como novatos ali, no sentido de manter ou aprimorar tais tradições de vitória, tais prescrições...

Apesar do fenômeno contemporâneo que nos faz ter, ao mesmo tempo, sensações fugazes e passageiras, e ideias de que desde o princípio tivemos este modo de vida, nem sempre o hospital se configurou da forma como o experienciamos atualmente. Tampouco foi efeito simplesmente de um aprimoramento de técnicas, como, muitas vezes, nos faziam crer os profissionais e pacientes com os quais fui me encontrando neste período. Desconstruindo esse elogio ao grande e glorioso hospital, Foucault (1979), traz elementos de uma história construída recentemente, desde o século XVIII e que nos ajuda a compreender os modos de vida ali presentes. Da Idade Média até início do século XVIII, este estabelecimento se configurava como um espaço para os excluídos, aqueles que pobres, desassistidos e sem lugar possível de habitar, iam ocupá-lo para morrer. Como morredouro, era coordenado pela instituição religião e tido como espaço de salvamento das almas, tanto dos pacientes quanto

dos atendentes. Não havia naquela época uma preocupação em curar ou evitar a morte, sendo esta vista como natural e consequência inevitável do adoecimento (ROCHA, 2010). Neste período, o hospital era um espaço de grandes contaminações, sem preocupações com a organização e assepsia, um destino dos marginalizados sem retorno. Mantinha-se dentro de uma lógica mais asilar, e não como tecnologia de saúde como é utilizado hoje.

A partir de transformações sociais, foi se criando a necessidade de organizar esse espaço e de torná-lo uma técnica de cura, incorporada à medicina. Numa sociedade que passava a ter uma nova configuração econômica com o mercantilismo e, posterior processo de industrialização, o hospital matador e contaminante começava a ser questionado. A medicina, neste período, era exercida individualmente, considerando a morte e a doença como processos vividos em casa, em seu habitat natural: a família. O médico se encarregava simplesmente de acompanhar as crises inevitáveis e estabelecer prognósticos. Neste período, somente os pobres estavam no hospital, não sendo este um espaço de excelência clínica, nem de ensino. Muitas vezes, seus habitantes, destinados a morrer, serviam simplesmente de exemplos para uma doença que naturalmente evoluiria para a morte. Entretanto, a medicina, a clínica e o hospital ainda não se conjugavam de forma a constituir uma instituição (FOUCAULT, 2008).

...Ao ser acolhida, já se faziam sentir as diferenças de uma época em que a marginalidade do hospital passava agora a se constituir como coroamento do grande rei sabedor da saúde. Apresentavam-nos, naquele momento, a formalidade dos espaços, principalmente, os diferentes hospitais do complexo com seus inúmeros andares, divisão pela qual as pessoas poderiam se localizar. Divisão espacial inovadora, apesar de tão naturalizada. “Sempre foi assim!”, diziam alguns, ao se surpreenderem com os questionamentos ignorantes de alguns novatos. Quando chegara aquele que passaria a ser o “meu hospital” (insinuando certo pertencimento, ao qual iríamos adentrar), fiquei mais atenta, deixando adormecer o sono daquela escuta distante e permitindo acordar certo receio de não cumprir com as combinações, ou de me perder naquele novo ambiente. Começava a me situar nas formas hospitalares até então um pouco desconhecidas enquanto trabalhadora. No entanto, sentia na face relaxada de alguns colegas de banco, a tranquilidade e naturalidade da instituição integrada aos seus corpos. Tais palavras articuladas em frases codificadas não arranhavam os ouvidos de alguns; ressoavam e compunham encontros mais harmônicos... Naquele momento, nos distribuía, cada qual para seu posto, com sua chefia,

seu horário. Deveríamos nos apresentar naquele instante, após devidas e curtas apresentações.

Para o “meu hospital”, dito hospital da mulher, iam alguns poucos que podiam ser recepcionados de uma só vez. O tour nos mostrava os diferentes andares e setores. Dizia de uma obviedade, como se nada mais precisássemos saber, ou como se os objetos falassem por si. Andar de emergência, andar ambulatorial, oncológico, andar obstétrico e neonatal, andar cirúrgico. Nessa sequência de empilhamento, nessa ordem crescente de importância. No alto, os grandes cirurgiões, especialistas dos especialistas. Cada procedimento já tinha seu espaço demarcado. Entrava-se por baixo e dali somente se subia, subia. Os únicos que ficavam abaixo do solo eram a lavanderia - com os excrementos e restos-, a marcenaria, o refeitório dos trabalhadores e o Morgue – geladeira de corpos mortos - dispensado de apresentações, pelo horror que causava a todos e pela ausência de palavras que se impunha a ele. Mortes evitadas, escondidas, apavorantes.

Após esse rápido passeio, uma ligeira conversa com a chefia dos não médicos. Sim, assim nos dividíamos: os médicos e suas organizações administrativas, e os não médicos, todos sob a coordenação do outro grande poder ali situado: a enfermagem. A enfermeira-chefe preocupava-se em dar algumas orientações após um pequeno questionário sobre nossas ditas experiências. Avermelhei... não tinha grandes feitos anteriores para contar, a não ser a vontade de conhecer aquele novo campo. Nas orientações, a necessidade de usar o jaleco branco, mesmo que nenhum procedimento invasivo fôssemos fazer; e combinações especificadas e aprimoradas para cada indivíduo. O psicólogo cuidaria das mentes; o fisioterapeuta, dos músculos; a enfermeira, do controle dos sinais, operaria como chefe de outro grande grupo, a equipe de enfermagem. O médico se ocuparia de diagnosticar, compilando todos esses signos, e decodificar as máquinas captadoras, intervindo, através delas, para a evitação da morte. A todos, a missão descrita no crachá de aliar o atendimento clínico ao ensino. Atendentes-ensinantes teriam como rotina sempre repassar seus aprendizados aos estudantes, podendo utilizá-los como “mão-de-obra” para o trabalho.

Neste primeiro dia de encontro desta grande instituição com as minhas pequenas moléculas agrupadas e organizadas num corpo humano, começava a sentir o peso e, por vezes, a dureza de tal modo de acolhimento. Tamanha organização hospitalar foi acompanhando um processo de transformação social, no qual se fazia necessário controlar as doenças, esquadrihar espaços e evitar as mortes. Assim, ao hospital foi imposta uma organização para que sobrevivesse, devendo-se anular seus efeitos negativos, como as

epidemias, as inúmeras mortes e os grandes custos econômicos. Com a industrialização, na qual o trabalho e o capital vão ocupando progressivamente um lugar central na sociedade, surge a preocupação em manter os corpos funcionantes e vivos; e cria-se esse instrumento tecnológico de cura encarregado de tal tarefa.

A técnica utilizada para a conquista de tamanho sucesso foi a disciplina: a divisão do espaço, do tempo, o controle e a vigilância constantes, princípios aplicados aos pacientes e trabalhadores. Estes, como operadores principais de tal lógica, entram nesse modo particular de composição, no qual cada coisa, cada pessoa, cada procedimento no hospital tem seu lugar demarcado. Cada espacialidade individual é reforçada, a cada um é delegado uma parte do corpo, dividido pelos órgãos, em um tempo diferente do processo. Espacialização que melhora a localização, divisão e funcionalidade do trabalho e do corpo. Individualização, mas também extrema organização de um coletivo para que estes espaços esquadrihados e fragmentados consigam manter a grande função de cura e evitação da morte que cabe ao hospital a partir da modernidade. Apesar da dureza sentida na chegada, percebia a importância de tais divisões e delimitações para não sermos assolados pela morte. Demarcação de individualidades para garantir a generalidade e totalidade do cuidado, sempre controlado. As mudanças hospitalares tinham um propósito bastante afirmativo diante do desenvolvimento econômico: garantir a vida (FOUCAULT, 1979).

...Segundo dia de trabalho... ali, sem palavras ainda, experimentava, nos desarranjos do corpo, os atravessamentos do hospital. O despertador tocara antes de o sol nascer e sentia o descompasso da rotina do trabalhador hospitalar com as composições de meu corpo, que se acordava com a iluminação do dia. Entrava às 7h da manhã, e, naquele instante, ainda não acreditava que era possível que alguém quisesse conversar com um psicólogo antes mesmo de acordar. Mas algo me insinuava que não era pela necessidade da escuta dos pacientes que se fazia cumprir tal organização. Quando adentrei as portas do hospital, percebi uma fila enorme de pessoas. Todos com seu crachá nas mãos. Avistei imediatamente trabalhadores esperando o relógio ponto determinar o ponto exato dos minutos para estarmos a postos conjuntamente, quase como um batalhão apresentado em bloco. Registrei minha entrada e sozinha me pus a esperar até as 8h. Sim, uma hora-banco necessária para não bagunçar o esquadrihamento do tempo tão trabalhosamente sustentado. Era preciso adormecer as energias de uma novata a aguardar sua chefe-enfermeira chegar, que, pela

posição hierárquica, entrava em horário administrativo. Mas uma pessoa a mais, ali sentada no saguão, em nada causava estranhamento a tantas pessoas solitárias também esperando.

Ainda um pouco sonolenta, percebia que esperar era algo que nos unia – pacientes e eu - naquele grande espaçoso saguão a nos receber para adentrarmos a imensidão da instituição. Sentia também outras ressonâncias ao rastrear vagarosamente ao meu redor. Muitas mulheres rodeadas pelas paredes sustentando troféus e placas, que diziam das conquistas vívidas naquela organização. Prêmios e titulações glorificavam a qualificação e a técnica adequadamente aplicada. Junto ao sono, sentia-me um pouco orgulhosa de fazer parte dessa grandiosidade... No outro canto, paredes cobertas por imagens. Em uma delas me detive por mais tempo: uma mulher grande, com seios fartos, em tons claros avermelhados, a dar à luz a um bebê gordinho e robusto; ambos unidos pelo cordão umbilical. Quadro grande. Cobria quase toda uma parede, feito de tela pesada, ostentava o grande avanço do encontro entre clínica, medicina e hospital, agrupados para dar luz ao início da vida. Nascimento que há um ou dois séculos passara a ser cuidadosamente acompanhado, monitorado e estimulado juntamente com as técnicas de cura, ocupantes e disciplinantes do espaço hospitalar.

Tal marco da entrada dos nascimentos no hospital nos traz a idéia da transformação efetivada de um lugar para morrer até o desenvolvimento de uma positividade curadora, de fazer viver. Clínica e medicina não estavam intimamente ligadas até o final do século XVIII. A clínica, essencialmente pedagógica, neste momento, servia para demonstrar aos alunos a evolução natural da doença (sem empecilhos), não enquanto experiência, mas como forma de acessar o saber da essência da doença diretamente. Assim, a clínica se apresentava como estrutura marginal, articulada ao campo hospitalar sem ter mesma configuração que ele, visando aprendizagem. A medicina, diferentemente, apresentava o caráter de uma experiência, era praticada em outros espaços e se debruçava a acompanhar crises.

A partir do final do século XVIII, concretizam-se algumas mudanças na história da medicina que culminam numa forma de perceber a doença não mais somente enquanto naturalidade, a possuir uma essência própria, mas como parte integrante do corpo humano. O paciente antes visto como um entrave à evolução natural da doença - pelos percursos singulares que dava a ela - agora passa a ser o grande corpo sede desta, a partir da qual ela ganha visibilidade, positividade. Assim, a doença vai perdendo progressivamente sua essência enquanto ente que tem sua vida natural a ser observada e acompanhada, e passa a ocupar a espacialidade de um corpo agora observado e produzido, a partir do funcionamento e

combinação de seus órgãos. Neste sentido, há uma mudança radical na experiência da clínica e no modo de perceber a doença, já que o corpo da doença passa a coincidir com o corpo do homem-organismo. Logo, a clínica vai fazer corpo com a totalidade da experiência médica, se juntando e se reorganizando.

Tal mudança nas concepções de doença e de corpo é acompanhada pela transformação de uma clínica, a qual não cabe mais simplesmente acompanhar a grande essência da doença que imperava através de seus sintomas. Clinicar adquire o sentido de olhar, possibilidade de junção entre corpo e doença, entre uma medicina que observa e ao mesmo tempo intervém. O olhar se torna o grande instrumento e, ao mesmo tempo, objeto surgido nesse advento da modernidade. Tudo precisa ser visto, tudo é passível de ser olhado, inclusive o interior do corpo antes inalcançável. Signos e sintomas passam a compor possibilidades clínicas. É neste encontro entre as mudanças da medicina - que passa a ser uma medicina baseada no olhar e na qual a clínica passa a integrar o corpo do doente e a própria doença - e as mudanças na organização do hospital, que este passa a ser o lugar por excelência do exercício da clínica comandado pelos médicos. Espaço no qual todos os fatores ambientais que interferem no adoecimento podem ser não retirados, mas padronizados, classificados, observados e neutralizados para melhor olhar e intervir sobre o corpo doente. Aqui, observar e intervir se unem, assim como a prática da medicina e a pedagogia do ensino que sustenta uma revitalização dessa nova organização hospitalar. É a entrada dos estudantes, juntamente com a nova sistemática disciplinar, que dá vida ao hospital na modernidade.

É nessa transformação histórica aqui rapidamente relatada, estudada por Foucault (2008), que clínica, medicina e hospital se juntam e constituem esse emaranhado de instituições presentes hoje no hospital. Tais transformações propiciaram que não somente corpos doentes ou as mortes ocupassem o hospital, mas também a vida, a evitação de agravos e doenças e, conseqüentemente, os nascimentos. Fazer viver e nascer passaram a ser atos médicos essencialmente vividos no hospital, mudança concomitante com essa radical positividade do hospital e da medicina. A possibilidade de antecipar e de glorificar esse espaço como espaço de cura se expressa muito bem neste ato de incluir o nascimento e todo seu aparato tecnológico criado para dentro das portas hospitalares.

...Seguia meu percurso de observações... Na entrada da emergência, uma pequena fresta se abria na parte de vidro da porta, para chamar as mulheres, que, antes de serem acolhidas pelos técnicos de enfermagem, passavam por uma triagem administrativa. Tinham

um número, uma ordem, mesmo em emergência, nada se desorganizava absolutamente. Alguns critérios já se colocavam de antemão: ser mulher (certo tipo de mulher que ali ainda me era também óbvio), oferecer um corpo com órgãos ao olhar do outro (também não eram quaisquer órgãos que se evidenciavam, e sim aqueles que se juntava com a mulher reprodutora, mãe). Também diziam de sua identidade, data de nascimento, nome da mãe e seu local de moradia, para que, ao modo bastante moderno de viver, pudessem localizar e identificar o indivíduo no espaço e no tempo. Aí, sim, ao declararem sua identidade, seu sedentarismo, sua territorialidade, tinham condições de adentrar as portas de emergência.

O próximo ritual seria o dos sinais vitais... pressão, temperatura, queixas, feito pela enfermagem. Signos decodificados e tomados como sinais vitais, que não somente dizem de uma doença, mas nos fazem conhecer a vida vivida ali, lida, codificada e registrada. Posteriormente, tais signos seriam integrados pelo médico com os demais - advindos do interior do corpo-, mas sem a necessidade do toque para obtê-los. Tecnologias de diagnóstico – exames de sangue, mas principalmente de imagens como ecografias, ultrassonografias, tomografias, raios X, etc. - e decodificação faziam surgir um médico juiz, a decidir sobre a necessidade e pertinência de uma internação hospitalar. Após o ultrapassamento de todas essas etapas, tal mulher adentrava os códigos de um hospital da mulher no século XXI. Oferta de serviços que, ao se colocar como saber último e único, parecia simular uma verdade eterna, ao mesmo tempo criando novos corpos orgânicos e decodificando os já produzidos...

Neste instante, me pergunto e talvez já me indagasse silenciosamente. Que linguagem é essa? Ao me sentir estrangeira, também tentava compreender que códigos eram necessários para habitar de modo tranquilo e adaptado uma organização hospitalar. Experiência de estranhamento, precisando de certo deslocamento do óbvio que se põe a interrogar, conforme Derrida (2003), quais são as condições dessa hospitalidade presente neste hospedeiro hospital. Seria tudo possível de acolhimento? O que é passível de se hospedar neste espaço? Em meu ritual de entrada e ao observar-sentir a organização da chegada das mulheres neste hospital, de imediato, minha resposta seria não. Nem tudo pode ser acolhido. O grande acolhimento ampliado, preconizado pelas políticas públicas da saúde, em seu princípio da universalidade de acesso (LEI N. 8.080 e LEI N. 8.142, 1990), e reafirmado pelo cartaz que anuncia a porta de entrada livre (100% SUS), instaura o paradoxo da hospitalidade por contrato. Acolher e excluir constituem uma dupla sutilmente articulada, induzem as demarcações inevitáveis. Neste contrato, é certa linguagem, determinada composição de corpos e signos que nos diz da

possibilidade de um indivíduo ser acolhido no hospital. Numa hospitalidade institucionalizada, em oposição a uma hospitalidade absoluta, se permite adentrar, mas algo se exige em troca.

Aqui, o primeiro critério que busca descaracterizar a estrangeirice de quem entra, é a necessidade de ser uma mulher, a partir de seus órgãos reprodutivos decodificados ao longo de muitos anos na sociedade atual. Mulher reprodutora, mas paciente, apacientada por seus sintomas e órgãos que assumem uma identidade, territorializada na doença ou na medicalização da vida. Tal identidade é a língua a ser falada pelo estrangeiro para poder dialogar e assim entrar na lógica hospitalar, perdendo certa estrangeirice para ser acolhido. Assim, precisamos usar a linguagem composta na medicina, entre os sintomas visíveis e perceptíveis e os signos passíveis de visibilidade, a partir deste outro que se oferece ao olhar e à invasão do interior do corpo. A postura anterior de esperar a doença se manifestar através de seus sintomas, agora é a de prever, antecipar, codificar antes mesmo do corpo se traduzir em sintoma. Designações (na qual a coisa é colada logicamente a um nome), significações (aquilo que diz do que é o verdadeiro da coisa) e manifestações (domínio do eu que enuncia; pessoal) integram as proposições que são e podem ser enunciadas aqui. Compõem esse jogo de colar ao corpo uma linguagem específica e excludente (DELEUZE, 2007). Devo falar em meu nome, dizer o que se manifesta em mim, através destes códigos que tudo parecem abarcar sobre as afecções do corpo. Entretanto, na realidade, afirmam e demarcam territórios possíveis de experimentação da dor, do sofrimento, da vida (ARAGON, 2007).

...Ritual integrado a todo um sistema de saúde que controla os diferentes signos e sintomas, esquadrihando os modos de viver e adoecer nos diferentes espaços de saúde da cidade. O hospital aqui deve fazer jus ao seu lugar de complexidade e dos grandiosos adoecimentos e investimentos, demandando monitoramento de especialistas 24 horas por dia. Abandonando a familiaridade local de cada um e adentrando um processo de familiarização generalizada que situa, desde o século XVIII, os corpos doentes e nascentes no hospital. Passado o ritual, o dito paciente poderia subir ao andar e acamar-se em um leito, ocupando agora uma posição horizontal, solitariamente acompanhado por demais colegas de quarto, cada qual com seu prontuário e equipe responsável.

Naquela espera, começava a desconstruir certo imaginário das emergências caóticas e lotadas, para observar a organização e disciplina a integrar harmonicamente um espaço de urgências imprevisíveis. Espera ativa, pois já trabalhava em conexão com os

atravessamentos do hospital, tecnologia de cura extremamente especializada e qualificada, coordenada pelos profissionais médicos...

Espera ativa importante no contemporâneo veloz que anula o tempo das experimentações (MACIEL, 2007a; SANT'ANNA, 2001). Aqui, a disciplina se vê integrada a toda uma organização biopolítica que passa a se pulverizar nas cidades. Não mais somente grandes estabelecimentos controlam espacialmente os corpos, produzindo corpos dóceis, mas este poder adentra o indivíduo, tornando o controle diluído e espalhado na rede. Em tempos de biopolítica, a vida qualificada se aproxima do viver simplesmente. Agamben (2002) retoma essa junção entre a vida politizada e o simples viver, através da história desde o antigo mundo grego e das leituras de Foucault e Hannah Arendt. *Zoè*, para os gregos, era o simples viver, natural. *Bios*, a vida politizada, qualificada, um modo de vida na pólis. Essas duas percepções da vida foram se aproximando e constituindo um espaço de exclusão desde a Grécia Antiga até os modos atuais. Na medida em que o viver natural vai sendo alvo de controle, incorporado ao poder, a vida qualificada vai se misturando a ele. Nesse sentido, *zoè* se transforma, pouco a pouco, em inclusão desde que excluída. Zona de exclusão da vida natural, ao ser inserida no controle da organização social.

Deste modo, a vida passa a ser o grande centro das preocupações nessa sociedade que não mais precisa somente dos estabelecimentos hospitalares para produzir a cura, contando com todo um aparato disseminado de controle da vida. Mas, ao mesmo tempo, ao se politizar toda e qualquer vida, cria-se um espaço de exclusão que ele chama vida nua. Esta denuncia o quanto a vida, ao ser alvo do controle, mas enquanto excluída, pode ser matável, eliminada, e não, sacrificada. Ao ser banida, é jogada para fora dos rituais que um sacrifício social exige. Ou seja, vida passa a ser o alvo da política e o interesse de evitar mortes faz com que todas as atenções se voltem para o controle da vida em todas as suas formas. Assim, o viver simplesmente se torna praticamente inexistente, já que viver agora é sempre viver politizável, qualificado.

A vida é colocada em evidência para ser capturada pelas próprias regras de como se deve viver. O viver é sempre o viver de certo modo. E quando *bios e zoè* se juntam, criamos tal zona de exclusão da vida que, por não adentrar esses códigos, não pode ser vivida. Mas ao estar fora dos padrões de politização dos modos de vida dominantes, tampouco se incluem nos rituais de morte que inserem o sujeito num morrer compartilhável e ritualizado. Ao analisar os campos de concentração, Agamben (2002) fala de um processo que se estende no

tecido social nesse jogo entre vida e morte que coloca a vida como foco da política nesse grande desenvolvimento e urbanização.

Nesse processo político que inclui a vida, biopolítica coloca no centro as preocupações entre vida, morte e seus limites. A demarcação do viver e do morrer não é mais somente natural, mas também social e jurídica. Ao mesmo tempo em que passamos a salvar vidas, diante de um corpo estendido numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos perguntamos: que vida é essa que vive ali? O que demarcar o limite entre o viver e o morrer? Com os limites dissolvidos, não sabemos mais o limite entre a vida e a morte, o que é considerado vivo ou morto diante da vida encharcada pelos códigos sociais. Não temos, então, somente a questão sobre estar vivo ou morto, mas sobre como vivemos, morremos, ou sobrevivemos. Sobrevida reduzida ao seu mínimo biológico, à sua nudez.

Mas essas transformações não se colocam exatamente como rupturas, e sim, como um aperfeiçoamento da disciplina, situando todos os dispositivos da rede como necessários e importantes para que a vida esteja sob controle. Logo, o hospital, ao invés de se desmanchar com essas mudanças e dissolução do controle, ganha mais força, principalmente ao ser valorizado por sua tecnologia mais complexa e que dá conta de situações extremas e difíceis. No Brasil, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 90 (LEI N.8.080, 1990), posteriormente à promulgação da Constituição (1988), tais diferenças e composições passam a integrar uma organização única, hierarquizada e descentralizada que, em princípio, teriam as unidades territoriais como porta de entrada para os pacientes, usuários do sistema. Conquista do movimento da Reforma Sanitária, aliada a outros movimentos sociais em prol da democracia, visava garantir direitos e acesso para todos (BENEVIDES, 2005). Nas novas concepções de saúde como direito, afirmadas nas noções de cidadania e participação popular em saúde, a proximidade dos territórios de moradia vai, aos poucos, ganhando importância no sentido de mudar a lógica de um modelo curativo para um modelo de promoção e prevenção em saúde.

Entretanto, o hospital, pela história herdada nas velhas e sábias paredes brancas, ao ser colocado como terceiro nível de complexidade desta rede de saúde, acaba por ocupar, muitas vezes, o topo. Dar conta do mais alto nível de um sistema de saúde hierarquizado, se afirmar como o maior grau de conhecimento e especialismo. Tal exigência é percebida nas valorizações, investimentos, busca intensa por atendimento. Os olhos se voltam para ele, apesar de uma intenção declarada de transformar as valorizações e instituições vigentes. Nesse sentido, a necessidade de uma especialização e organização íntegra cotidianamente o

hospital e foi marcando minha prática como psicóloga, como pesquisadora da clínica que ali se produz.

Deste modo, o hospital tornou-se instrumento, dispositivo, tecnologia médica, e vem se aperfeiçoando, enquanto tal, numa sociedade com os poderes diluídos para além dos muros. Tal processo não se dá simplesmente por uma descoberta técnica da eficácia de seus procedimentos, mas também por um jogo de saberes e poderes que marca a sociedade de controle e o capitalismo (FOUCAULT, 1979). Nesse jogo, a vida se politiza ao extremo e produz linguagens, significados, abarrotamento de códigos. O “corpo é coagido a produzir informação” (SANT’ANNA, 2001, p. 67). Saber transcendente, organizador da saúde, a deliberar sobre modos de vida na modernidade, aperfeiçoados no contemporâneo.

3 O SENTIMENTO FAMILIAL

...Naquele dia, chegava mais um pedido de atendimento psi. Como era rotina, as equipes demandavam que a psicologia atendesse aqueles a quem julgavam necessário, através de um pedido informatizado, mediando o contato humano, através das tecnologias de informação. No entanto, nesta solicitação daquele dia, para o atendimento de uma mãe recém-chegada, palavras difusas que não demarcavam exatamente a expectativa, o que queriam de nós. Ao mesmo tempo, certa familiaridade com aquele nome e aquela situação a tornava mais uma diante de tantas outras. Subia escadas, vestindo o jaleco branco, com as mãos no bolso e o crachá no pescoço. Ia em direção ao dito Alojamento Conjunto, espaço conquistado há pouco como possibilidade de mãe e bebê ficarem 24h juntos, ao permanecerem internados no hospital. Além da brancura vestida, carregava comigo algumas imagens familiares, atravessando meu corpo no encontro com aquele corpo hospitalar-maternal.

Maternidade cor-de-rosa, cor manchada no máximo pelo azul-bebê, autorizando a entrada de um binarismo: é menino ou menina? Cores e pequenos animais estranhamente humanizados, no qual suas mães amavelmente os carregavam no colo. Pequenos inocentes, angelicais, brancamente expressavam uma harmonia, o amor de família e a necessidade de serem cuidados, personificados ali pela presença da mãe. Imagens-sensações me tomavam; era atravessada pelos quadros com cenas de mulheres-modelos, bonitas, disponíveis e sorridentes ao amamentarem seus filhos, coladas a frases imperativas que anunciavam os riscos de não percorrer tais caminhos. “Amamentar é dar vida, carinho e amor.”, “Amamentação em todos os momentos. Mais saúde, carinho e proteção”. “Para você é leite, para a criança é vida. Doe leite: a vida agradece”. Frases, no mínimo, marcantes penetravam e construía uma idéia de mãe, de bebê, de amamentação, de alojamento conjunto, afirmados junto a um saber sobre a vida.

Vinha-me a lembrança de uma frase que, em princípio, passara despercebida, mas agora ganhava força. Em letras grandes, gravadas no vidro do grande saguão da entrada: “Hospital Amigo da Criança”. No título recebido, uma estranha aliança entre o hospital e a criança se atualizava nesses signos que nos invadiam. União esta não garantida sem a presença da grande cuidadora e mulher: a mãe. Até porque, naquele hospital em que não se atendiam homens, meninos recém-nascidos se infiltravam ao estarem de mãos dadas com suas grandes cuidadoras, assinalando a sua particularidade, ao ainda não serem homens.

Subindo os degraus, sentia o impacto daquelas letras coladas a imagens, que nos remetiam imediatamente a cheiros e sons. Leite fresco, bebê banhado, perfume macio e algodão flutuante. Misturados ao gelado do azulejo de hospital, ao branco da camisola, e às agulhas fíncantes esterilizadas, formavam uma nova parceria há alguns séculos.

Ao entrar no quarto, algumas imagens desabaram rapidamente, abrindo espaço a outras. Despi-me... Via um pacote enroladinho sobre a cama, coberto por uma camisola branca, com uma leve abertura atrás. Negro e branco contrastavam. Negra, cabelo pixaim bem curtinho, tinha o rosto encoberto pelas mãos surradas e calejadas. Os pés, descalços. À sua volta, somente a solidão se esparramava. Nada a compartilhar, nada a dizer, nada a ver. Não havia bebê, não havia tampouco sinais de bebê, o que me soava mais estranho ainda. A técnica de enfermagem tampouco conseguira adentrar, pois a pequena mãe adolescente, debruçada no leito, mais se assemelhava a um animal acuado que não se deixava perfurar pelas agulhas. Tampouco dizia muito, mas seus olhos marrons arredondados carregavam a intensidade de um medo encorajado. Aproximei-me vagarosamente, tateando uma brecha no encontro. “Sabrina”, a chamei pelo nome e a olhei firmemente. O silêncio permanecia. Busquei uma cadeira e sentei-me ao seu lado mesmo sem me sentir muito convidada. Disse-lhe algumas palavras, perdidas um pouco no tempo, mas a lembrança é de me colocar ao seu lado. Após alguns minutos, ela tirou uma das mãos do rosto e me olhou. Deu um sorriso discreto e apertou os olhos embolsados pelas lágrimas derramadas.

Naquele singelo gesto, nos olhamos e nos recordamos. Já tínhamos conversado há um ano naquele mesmo Alojamento Conjunto. Rapidamente alguns aspectos da história vinham-me à memória. Menina de 16 anos, primeiro filho na época, que tinha internado na UTI Neonatal em função da prematuridade. Vinda do interior, de uma família muito pobre, estava sempre sozinha. Na verdade, nem ao certo sabíamos se o que tinha poderia se chamar família, nas formas como a conhecemos. Mãe descuidada, negligente, diziam alguns. Pai, ausente. Muitos irmãos e sobrinhos... vários deles retirados pela força da lei, encorpada pelo Conselho Tutelar, órgão que visava zelar pelo bom desenvolvimento e garantia dos direitos das crianças. Muitas de suas irmãs tinham sido interditadas, lhes tinha sido retirado o direito de cuidar de seus filhos, pelas condições que não satisfaziam as expectativas em relação a uma família acolhedora e cuidadora. Sabrina, há um ano, engravidara de um vizinho casado, informação secreta para a boa convivência na cidade interiorana. No fato, suspeitas de abuso, traição, prostituição e todos os julgamentos e moralidades possíveis quando se trata de uma gravidez na adolescência e ainda fora dos padrões de pai-mãe-filho. Naquele tempo,

após sua alta hospitalar, deixara a filha internada e só a viria buscar somente quando da alta. Muito quieta, arisca e nada explicativa. Não sabíamos por onde compor com nosso corpo muito organizado. Na equipe, nos perdemos naquele encontro tão destruidor para nós.

Toda aquela intensidade de afetos, de um ano atrás, voltava como se um dia antes a tivesse visto. Reencontro renovado. Sutilmente, ela ia tirando a outra mão do rosto e, ainda amedrontada, parecia agora compartilhar o medo comigo. A suposição de que ela me reconheceria, lembrara de algo do nosso encontro, fazia-me rever minha sensação de insucesso diante de tamanho desafio. Nessa partilha, poucas palavras soltas. Narrativa que ia se montando por um conjunto de signos e significados vindos de diferentes lugares: informações de sua cidade, da equipe médica e de enfermagem, da equipe responsável pelo bebê, assim como de seus olhares, palavras cortadas e gestos. Tinha tido outro bebê e novamente a cena da internação na UTI Neonatal se repetia. A trágica história de uma família dita fracassada seguia se reafirmando, mas, dessa vez, com algumas diferenciações importantes. Sabrina estava a cuidar de sua filha que tinha um ano, e encontrara um companheiro de uns 70 anos que, através do trabalho precário da roça, ajudava-a a criá-la. Uma história aparentemente romântica trazia diversos desencontros e rupturas, configuração familiar bastante confusa. Parte da equipe, escandalizada, assombrava-se com o fato de um homem daquela idade se aliançar com uma menina que, em poucos aspectos, se assemelhava a uma mãe. “Seria um abusador, perverso?”; “Seria como um pai para ela, explorando sua força de trabalho?”. Diferentes interpretações e significações eram possíveis, diante do desamparo e do vazio aberto ao nos encontrarmos com Sabrina. Não havia um sentido único.

Novamente, sua outra filha tinha nascido prematura e na UTI estava. A solidão parecia seu espaço possível. As condições de higiene, habitação, trabalho, moradia, de apoio familiar, todas pareciam ruir ao que esperávamos. Nem sequer a linguagem parecia ter sido passada de forma a construir um suporte possível. Sabrina não tinha trazido nada, era também uma mãe chegada prematuramente. Não tinha roupas, acessórios de limpeza para si e nada para o bebê recém-nascido. Poucos contatos familiares que, distantes dali, tampouco se faziam sentir em sua fala.

Dispus-me a estar junto e, depois de muitas tentativas, fomos visitar seu bebê na UTI. Uma menina, já tinha nome – Vitória, mas nenhuma outra palavra conseguia ser pronunciada nesse encontro. O nome já era bastante. Poucas palavras, nome solto, intensidade de uma batalha vencida. Silenciosa, dizia muito na sutileza de seus gestos. Aproximava-se daquele ambiente com uma estranheza de um selvagem a habitar a cidade em

seu mais alto grau biotecnológico. Seguia lentamente as recomendações de entrada, o que me fazia estender o tempo e suspender o relógio naquele instante. Andava em câmera lenta... O bebê, pouco mais de um kg, não esboçava nenhuma reação com a nossa chegada. Éramos três quase estranhos, apesar de tamanha proximidade...

Com leves movimentos, fomos, as três, nos aproximando, tentando compor sentidos possíveis para aquele momento. Com palavras discretas, Sabrina começava a adentrar a UTI e ganhava um lugar perante as outras mães, insinuando certo pertencimento àquele universo: “A Sabrina fala muito doutora, agente até cansa!”. Em resposta, todos riam carinhosamente. Agora, começávamos a conhecer seu sorriso de menina. Com a filha, o toque delicado, amedrontado, ganhava colo, cheiro e olhar. Mesmo distante da familiaridade dos códigos, ensaiavam uma melodia de trocas, amamentação e cuidado mútuo...

Em meu encontro com Sabrina, não éramos somente ela e eu. Carregávamos conosco a história de uma família construída ao longo de muitos séculos. Aos nos depararmos com a radicalidade do desmanche, nos perguntávamos como foi que montamos tudo isso? De onde veio esta história contada, na qual temos um bebê necessitado de cuidados, uma mãe acolhedora e um pai presente, que vão para o hospital ganhar seu filho trépidos e faceiros? Ali, muito pouco nos impactava o choque de uma internação na UTI Neonatal em si. Outra desconstrução se fazia com aquele parto prematuro e internações solitárias. Na solidão do encontro, lembrávamos do quão construída é a nossa história cor-de-rosa de amamentação harmoniosa.

Ao nos depararmos com esses desabamentos, disparados ao entrar no quarto de Sabrina, abrimos espaço para contar a história da nossa montagem. E com esse narrar, buscamos reencontrar a força das instituições que atravessam pacientes e trabalhadores em um hospital da mulher. Ceccim e Palombini (2009) percorrem diferentes autores como Ariès, Badinter e Jurandir Freire Costa para retomar um pouco dessa invenção da infância e da família. Apesar da naturalidade e da velocidade com que nos vêm ao corpo as imagens de um bebê a ser cuidado, rodeado por um mundo cor-de-rosa, acalentado e protegido pelos seus pais, que tanto se ocupam dele e o tomam como um investimento de vida, essa história é bastante recente e começou a se configurar desta forma desde o século XVIII e XIX.

Até então, a infância não era considerada uma categoria especial, qualitativamente falando (KASTRUP, 2000). Simplesmente um adulto em miniatura, não alvo de preocupações que dissessem de uma condição diferenciada, sem uma imagem social específica. Em contraposição à grande energia gasta na contemporaneidade para salvar as vidas das crianças

desde muito cedo, até o século XII, na Antiguidade, a mortalidade infantil era enorme e o infanticídio até estimulado enquanto possibilidade de controle de natalidade. Os hospitais, nessa época, foram simplesmente se ocupando de receber crianças abandonadas sem nenhuma função de salvar vidas.

Já, no Renascimento, século XV, a infância começa a se delinear dentro de uma idéia de ingenuidade, angelicalmente, passando a ser considerada pura, boa e inocente. A criança, com a alma pura, ocuparia os céus ao morrer e carregava a esperança de um vir a ser, dobrado numa relação de obediência ao pai e a Deus. Neste período, o pai ocupava a centralidade da família, tendo direito sobre seus filhos e sua mulher, possuindo-os. Ele sustentava a vitalidade da família, o patriarcado, os valores. Era então o chefe de família que mantinha a propriedade e as tradições, justificando-se as punições físicas. A valorização estava no adulto, completo e competente. A criança, apesar de inocente e pura, não era alvo de atenção, amor e cuidado por isso. Aos poucos, os colégios também vão ocupando um lugar importante no adestramento infantil, na disciplina (ARIÈS, 1981).

Mas por que se coloca então essa necessidade de um amor maternal que deve cuidar de seu bebê desprotegido? É a partir da Modernidade, século XVIII, que grandes transformações se dão e algumas delas ainda perduram. No mesmo momento em que o hospital é forçado a se organizar, percebe-se o surgimento de uma nova configuração familiar. A questão inicial, neste momento, não é tanto a criança, mas a necessidade de evitar tantas mortes infantis e contágios epidêmicos. A industrialização vai demandando que nos ocupemos de manter os corpos trabalhadores funcionantes, a força de trabalho ativa. As condições de saúde eram bastante precárias, a mortalidade enorme e as vidas não poderiam ser desperdiçadas de modo tão precoce.

Nesse contexto, a mãe começa a assumir um lugar específico e central no cuidado dos filhos. Preocupações com a gestação, com os hábitos de higiene, com a amamentação e vestimentas começam a ocupar essa nova ordem familiar. Dar banho, trocar fraldas, higienizar as mãos, lavar as roupinhas do bebê separadamente, criar condições de que a mãe amamente seu próprio filho... Assim, nessa passagem do século XVIII para o XIX, se constrói o discurso de maternidade. Com a necessidade de prevenir mortes precoces e de conter os nascimentos, surge essa instituição maternal que coloca a mulher mãe como cuidadora de seus filhos, mas, também, dentro de uma configuração específica do casamento, da fidelidade, da ausência de prazer sexual e do espaçamento da prática sexual após o parto. A mãe pura e casta dos quadros brancos e rosa nos mostra parte das composições desta história. Tal discurso

higienista, produzido em conjunto com a medicina, sustentava tais práticas, contrastando com as condições de vida naquela época (CECCIM e PALOMBINI, 2010). Ariès (1981) afirma que, juntamente com o sentimento de infância que surge na família de “paparicação”, há uma preocupação com a disciplinarização e racionalidade dos costumes vinda de fora, dos moralistas, homens da lei e eclesiásticos. No século XVIII e, em sua passagem, esses dois sentimentos se unem a uma preocupação com a higiene e a saúde física antes inexistente. Assim, a família enquanto realidade já existia, mas era experienciada diferentemente, surgindo no século XVIII um sentimento de família. Família e afeto se colam para compor essa nova organização social.

A disciplina da higiene materno-infantil vai adentrando a família, que sustenta uma imagem de um pai provedor e uma mãe cuidadora de seus filhos, mudando o modo de empoderamento do pai. O bebê então agora precisa de cuidados e de amor. E, para isso, pai e mãe serão a matriz da sociedade, dando-lhe condições de crescer, interiorizando-se e produzindo uma relação de intimidade familiar antes inexistente. A vida privada, a intimidade familiar e a preocupação intensa com os filhos, no âmbito afetivo, são as marcas da família moderna, surgida inicialmente nas famílias ricas e importantes (ARIÈS, 1981). Laços amorosos colocam a mãe como centro da célula familiar, orientada por uma medicina social distribuidora de regras de boa conduta, e com a posterior entrada no colégio, auxiliando no processo de disciplinarização das crianças. Instituição trabalho-fábrica, família, escola... A criança era, assim, a promessa de um futuro já projetado, um vir a ser, uma aposta. Tais investimentos se configuravam - não inocentemente - por um amor incondicional que foi criado, e, posteriormente, daria retorno em um adulto saudável e trabalhador. Quantas vezes não escutamos: “O importante é que tenha saúde, estude e seja trabalhador!”.

A criança colocada nas luzes sai do obscurantismo da morte e passa a ser vista como potencial humano colocado em reserva. Surgem diversos manuais de conduta, pedagógicos, em diferentes áreas que orientam sobre como deve ser a educação e a vida da criança. A família passa a ser a mediação entre o indivíduo e a sociedade, sendo a primeira e mais importante rede de contatos infantil. Disfarça-se como ampliação social o que é, na verdade, um reforço da célula familiar como centro único de socialização da criança, e a dominação de um modo de subjetivação individual (SCHÉRER, 2009). A família substitui as antigas relações sociais e tal modelo espalha-se por toda a sociedade (ARIÈS, 1981).

Tais construções foram se transformando e ganhando mais força ainda no século XX, quando se consolida a infância como uma etapa especial do desenvolvimento de nossas vidas,

determinando-nos enquanto homens. Agora sim, podemos falar da existência de uma criança em nós. A infância não é mais somente uma fase cronológica, mas há um sentimento de infância que deve ser valorizado. As tecnologias psi impulsionam esse movimento, instituindo as relações iniciais parentais como essenciais e exclusivas para a formação do indivíduo adulto. Ao afirmarmos - enquanto saberes psi - a família parental como matriz única dos afetos, marcamos o regime disciplinar e familiarista em desenvolvimento, legitimando-o cientificamente cada vez mais (DELEUZE e GUATTARI, 2010). Por mais inventada que seja a infância e o sentimento familiar, tais transformações realmente marcam nossas subjetividades e as possibilidades de nos relacionarmos socialmente. A psicóloga agora é chamada para integrar a equipe de atendentes de famílias desestruturadas, legitimando seu saber e intervenção principalmente nas relações primeiras entre mães e filhos. A ciência consolida o poder dos pais sobre o bebê. Entretanto, substitui seu conhecimento por outro saber padrão que agora deve ser consumido e reproduzido para garantir o bem-estar e o desenvolvimento futuro de seus filhos.

As forças selvagens de Sabrina e suas filhas, irmãos, pais e companheiro serão fortemente tensionadas a assumirem uma única forma edipiana que colocam os filhos à imagem e semelhança dos pais, sustentando uma lógica de pensamento cristão através da ciência. Negra, pobre, adolescente, com uma dita desestrutura familiar e configurações distantes desse modo higienista e homogêneo de conceber a família, coloca-se à margem de uma norma familiar, maternal e infantil. Ou então, insere-se no mundo hospitalar, familiar e jurídico enquanto vida excluída, desestruturada, impotente. Obviamente não faltam discursos que encerrem e diagnostiquem as causas e possibilidades de tamanho fracasso. No entanto, com a força dessas construções ainda recentes, dificilmente se fazem sentir as potencialidades de cuidado diante de tanto insucesso. Apontar e reforçar a impotência de Sabrina faz parte de um jogo em que determinados saberes são tidos como verdadeiros e empoderantes. Perceber as possibilidades de criar novos sentidos para a maternidade e família diante de tal quadro nos exige colocar em análise nossas próprias certezas científicas e vividas sobre a relação mãe-pai-bebê.

Édipo, desde a ascensão e consolidação de uma família burguesa interiorizada, ganhou a força da eternidade e essencialidade, marcando nossos modos de subjetivação contemporâneos, as formas como nos percebemos no mundo em relação aos demais, apesar de tão recentemente inventado. Com tamanha obra histórica, energia dedicada à evitação das mortes e posterior aperfeiçoamento dos adultos, através do investimento nas crianças,

começamos a compreender as imposições, doações e privações destinadas às mães. Numa exigência de poderem sustentar esse mundo cor-de-rosa, coloca-se o sacrifício como necessário e o amor incondicional como recompensado pelo amor filial. O sentimento familiar burguês alimenta tais investimentos pulsionais, tornando qualquer outra configuração destruidora e ameaçadora.

Tal centralidade da família nuclear na subjetivação se constitui como mais um dos modos (e não o único) de organização e totalização dos fluxos parciais e desejantes que nos compõe. No entanto, a descoberta de Édipo e o modo de distribuição triangular das pulsões e investimentos vão se afirmando através da psicanálise e das práticas de vida como única e hegemônica forma possível de desenvolvimento das individualidades. Deleuze e Guattari (2010) desconstroem esse cenário das individualizações edipianas, nas quais um universo de parcialidades e fluxos são totalizados e transformados numa unidade, de forma a fazer crer que o desejo está sempre ligado à falta. Mesmo nas releituras estruturais, o Édipo não está personificado no pai e na mãe tradicionais enquanto presenças físicas, mas é ainda mais reiterado nas personagens-imagens generalizáveis e representativas de uma forma de organização social. Pai e mãe são papéis, funções, difundidas e repetidas em qualquer instância. A família é tomada como primeira forma de investimento das pulsões, sendo a única saída possível para uma socialização saudável mais ampliada após a adultização do indivíduo.

A noção de sujeito se funda, então, na falta, na castração. Acreditamos que a produtora do desejo é a falta, incompletude que nos impulsiona a buscar sempre um objeto representado nessas relações parentais primeiras. Desta forma, a ideia do Édipo como constituindo a natureza da subjetividade se expande mais ainda no tecido social quando pensamos que essa família é a fundadora da sociedade. Sentimos tal inversão no momento em que passamos a considerar uma vida futura de um bebê arruinada caso sua família não consiga reproduzir tal estrutura de cuidado de forma intimista, fechada e auto-suficiente. Perguntamos-nos, nos casos de tantas Sabrinas com as quais nos encontramos,... qual será o destino desse bebê? Como podem coexistir miséria, desestruturação e vida num mesmo emaranhado de relações?

A invenção da subjetividade baseada na falta e na relação triangular familiar repetida nos grupos e sociedade em geral, evidencia uma inversão. A família, se acredita, constrói a sociedade, quando, na verdade, os modos de organização coletivos e sociais são os próprios produtores da célula familiar, do sentimento familiar e do amor maternal essencial às existências normais e saudáveis. Muitas vezes, tendo como referência essa família padrão,

marginalizamos e despotencializamos os diferentes arranjos e composições contemporâneos de fazer família. Reafirmamos a vida nua, modos sobreviventes, precários e frágeis de existência, mantendo-os na sociedade desde que excluídos dos compartilhamentos.

Neste encontro com Sabrina, ao vermos a cor-de-rosa contaminada por outras cores não tão angelicais, o pai se misturando com um tom aterrador e ameaçador, assim como o bebê se colocando numa solidão sem palavras, estremeceram também nossas certezas sobre as generalidades e totalidades que constroem nossas subjetividades. Diante da força desse encontro, fazemos outros questionamentos, agora, não mais tentando explicar o fracasso das regras sociais, mas nos perguntando sobre as possíveis saídas e sentidos que se podem criar. Ao nos afetarmos por tal encontro, abrindo brechas para a potência e a intensidade dos afetos, não conseguimos mais sustentar a ideia de uma impotência familiar, discurso frequente aos ouvidos. Assim, a desmontagem de nossas certezas e concepções familiares nos faz reencontrar uma história infantil criada por um encontro de atravessamentos econômicos, sociais, históricos, mas sempre contextuais.

Como instituição de infância (ou da infância enquanto tal), entendo o conjunto dos enunciados e das regras prescritivas que definiram um lugar muito estrito, no espaço social, para as crianças e, principalmente, distribuíram, de maneira imperativa, os papéis e os poderes dos adultos sobre elas. Instituição, portanto, invisível, cujo efeito é, porém, tornar visível, “evidente”, a criança enquanto filho (a); instituição que, em vez de ter existido “desde sempre”, é eminentemente moderna. (SCHÉRER, 2009, p. 97).

A família, na sua triangulação necessária, sustenta a forma-homem que, mesmo colocando a infância em evidência, o faz segundo o imperativo do adulto. Homem ideal, homem a ser construído cada vez mais precocemente, delegando funções de extrema importância aos grandes cuidadores e responsáveis pela reprodução de um modo de representação subjetiva calcada da racionalidade (DELEUZE e GUATTARI, 1997).

Desta forma, a família nuclear vai sendo cada vez mais tomada como imperativo, a partir dos diferentes discursos, colocada também como direito da criança, legalizando os valores sociais e orientando práticas ditas corretas (LEI N. 8.069, 1990). Tais deliberações passam, assim, a tomar forma nos diferentes âmbitos da saúde, educação, assistência social, jurídico, artístico, entre outros. Logo, não conseguimos, contemporaneamente, falar de filhos, sem falar de pais, diante de tamanho investimento na família e certo desinvestimento em outros modos de trocas sociais. Pais-filhos, mãe-bebê ficam colados e ganham nome de díade. Sabrina, pai, bebê, em suas solidões compartilhadas dão força aos questionamentos nesta pesquisa e evidenciam tais construções de saber não simplesmente calcadas no encontro, singular, mas, sim, baseadas numa construção generalizada e totalizada. Por vezes, diante dos processos acelerados e pouco experimentados, esquecemo-nos dos nossos corpos em

encontros constantes, a produzir diferentes formas de se afectar e atualizar as potências impessoais, bastante anteriores a essas imagens de mãe, pai e bebê.

4 O NASCIMENTO NO HOSPITAL: A UTI NEONATAL

Nas experiências clínicas com que fui compondo e decompondo este vivenciar da psicologia no hospital da mulher, especificamente na área materno-infantil, percebemos um encontro entre essas duas máquinas: hospital e família. Duas histórias que não se encontram somente agora, mas que foram se produzindo numa necessidade de junção para sustentar tais instituições. O que é dado à instituição familiar e aos padrões de saúde está ligado a um processo de organização social da modernidade, marcado pelas indústrias, trabalho e disciplina, e seu aperfeiçoamento nas formas contemporâneas de biopoder. Famílias passam a servir como base para a expansão sistemática e constante dessas configurações, estabelecendo-se padrões de modos de vida, a fim de torná-los mais produtivos, indo de encontro à lógica hospitalar de produzir saúde.

...A mãe vinha trazendo sua bolsa-bagagem. Nela, carregava, além dos ensinamentos familiares, a grande preparação para ser mãe. Havia feito o pré-natal, com as seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Carregava consigo uma carteira de gestante que falava por ela e comprovava tal preparação, sem a necessidade de confiarmos em suas palavras. Em tal registro, a identificação como “gestação de risco” já anunciava sua familiaridade com o risco calculado e projetado como preocupação constante de uma gestação acompanhada no hospital. Junto ao risco, as medições diziam do seu estado: pressão, glicose, temperatura, juntamente aos batimentos fetais, captados pelo aparelho sensível ao coração antes mesmo dele se formar completamente. A barriga da mãe se abria ao toque dos profissionais e às captações de imagem, constituindo-se como território de livre acesso. Para não tocar demais, com o pudor das práticas clínicas, intermediários como luvas, aparelhos, agulhas, etc., auxiliavam nessa mediação de relação.

A mãe, de antemão, muito sabia. Carregava inclusive o certificado de um curso de preparação para o parto. Como pode alguém certificar um preparo para o parto? Como os homens médicos poderiam atestar tal antecipação se nem sequer tiveram tal experiência de gestar e parir? E eu, como novata ali, que poderia dizer sobre uma condição de gestante suposta e lida nos livros de psicologia? O que antes era conduzido a partir de saberes fragmentados, locais e transmitidos oralmente, agora estava atestado e validado pela ciência. No curso, tinham lhe ensinado sobre o que comer, exercícios a fazer, palavras a dizer, como amamentar e quais os procedimentos para ter um bebê saudável. Também apreendera o que

acontecia ao bebê, como se em todos os recém-nascidos pudesse ser capturada e repassada a generalidade e essencialidade da formação do indivíduo. Ele choraria, não saberia tudo ao nascer, deveria ser instruído e acolhido num lar com amor, diálogo e orientações multiprofissionais rigorosamente seguidas.

Mesmo em uma situação de risco, todos os sinais e possíveis escapes estavam medidos. Já tinham lhe avisado... “Você é uma gestante de risco! Seu bebê pode ter isto ou aquilo outro e, talvez, precise permanecer num hospital onde possa se salvar.” Também entre escolhas binárias: menino ou menina? Já estava definido. Carrega a bolsa azul e um conjunto de apetrechos e acessórios combinantes e harmonizantes. O menino por vir já tinha nome, família, hospital, carteirinha e até foto antes mesmo de sua imagem a olho nu conhecermos. As ecografias faziam acessar seus órgãos pequeninos, previamente à formação completa destes, sendo que até seus genes se deixavam penetrar. Sabíamos o comprimento, o peso, as probabilidades de doenças genéticas, antes da corporificação orgânica se independizar. Saber aliviante, antecipador e facilitador de uma circulação e inserção social. Viabilizava, cada vez mais, planejar e racionalizar o processo de gestar e nascer. Mãe chegava ao hospital com a esperança de ter garantidas suas expectativas, seus planos, suas projeções.

O alcance da imaginação colocava, no máximo, perguntas como: terá a orelhinha da mãe ou os olhos verdes do pai? Será agitado, calmo ou chorão? Correrá tudo bem na hora do parto? Perguntas angustiantes acabam por demandar, muitas vezes, um saber vindo do outro. Quem poderia dizer se seu bebê estava bem ou não, não eram mais as percepções de uma avó sensitiva ou as previsões sentidas nas diferentes crenças religiosas. O médico e o hospital, com todo seu aparato clínico, passavam a ocupar o lugar de acompanhantes e decifradores, decodificadores dos sinais e signos de um futuro ainda por vir.

Neste espaço, o profissional se via amparado por um arsenal tecnológico, ajudando-o a enxergar, olhar, examinar e intervir sobre a vida. Era isso que lhe garantia o conhecimento ilimitado, a possibilidade de salvar vidas e a segurança do saber transmitido à mãe. Esta chegava ao hospital com todo esse maquinário, com seu acompanhante e com certos saberes científicos repassados. Com a data do parto marcada, em função do risco antecipado, tinha sua hora agendada naquilo que, certa vez, as estagiárias em psicologia ousaram chamar de oficina mecânica: o centro obstétrico. A delimitação temporal da cesárea facilitava a organização da mãe, não precisando ser surpreendida em um momento inoportuno, assim como dos profissionais, que estariam à espera do procedimento, organizando, de forma mais

serializada e produtiva, a atuação no momento do parto. Estes, regidos pelo tempo do relógio, obedeciam à lógica de atender mais e melhor, levando sua capacidade ao máximo da potência exigida externamente. De branco, se limpavam de todas as impurezas, se colocavam a serviço da manutenção da higienização, homogeneização e eficácia.

Ao adentrar as instalações hospitalares, a mãe se despia de todas suas vestimentas singulares, seus saberes particulares e seu modo único de ser gestante. O hospital já vinha se modernizando e, a partir da legislação recente, deveria permitir a entrada da família nele. Ingresso regrado pelos profissionais que saberiam a melhor hora e modos de ali estar. O pai, ou a avó, poderiam acompanhar o parto, aliás, legalmente estavam autorizados a isso. Mas ao certo, mesmo com as regras, ninguém sabia bem como inseri-los. Entraria, se despiria e vestiria a camisola branca hospitalar, somente manchada pelas marcas de sangue, escapadas das assepsias vigentes. Lavagem de mãos, esterilização dos equipamentos e um parto planejado sem a necessidade da mãe fazer força. Diante do risco iminente de dissolução dos corpos, lhe restava, simplesmente, colaborar e apacientar-se.

Assim, se distanciando dos imprevistos, de sua casa, da família numerosa ali restrita ao pai, deixaria do lado de fora demais procedimentos que não fossem os combinados previamente. Simplesmente deveria ser paciente e mãe. Médicos, enfermeiras e auxiliares estavam no domínio do parto e a mãe, anestesiada pela tecnologia da vida, nada precisaria sentir. Aguardava a hora agendada, o profissional disponível, o tempo das máquinas, que não era exatamente o tempo anunciado pelo bebê. Este, ao ser considerado de risco, já tinha também um aparato à disposição, caso fosse necessário, com outros saberes, outros locais a esperá-lo. No mais alto grau de tecnologia, mãe e bebê estariam separados a serviço da vida, tensionamento entre as forças das instituições em jogo.

O bebê enfim chegara. O choro discreto já era previsto, silenciado pela dificuldade de respirar e pelas suas deficiências no coração e em outros elementos orgânicos, antecipados nos exames de chegada da mãe. Ele passava também por um organizado protocolo de higienização, sendo levado até a UTI Neonatal. Aspiração, limpeza, medições, vestimentas padrão. Profissionais se destacavam pela rapidez com que conduziam todo o processo, delegando a cada um uma parte do processo. Um comandava, outros alcançavam equipamentos e instrumentos, outros conduziam o bebê para uma equipe de especialistas entendidos mais de bebês do que de mães. Tal velocidade assegurava e dava esperanças de vida aos pais-assistentes.

O recém-nascido já era classificado com uma nota, a qual o acompanharia durante o controle de sua fase inicial de vida. Um pouco tonteado com a chegada, havia ido mal no teste, Apgar baixo. No entanto, tal desempenho não era sinal de uma caminhada encerrada. Até o limite entre vida e morte, havia recursos para reanimar, salvar e trazer à vida este corpo recém-formado. Pai e mãe assistiam tamanha movimentação, com a certeza de que seu filho, entregue às mãos de Deus e dos médicos, estaria a salvo. Esperança, piedade, culpa e entrega. Apesar de aparentemente nada poderem fazer, precisavam manter-se esperançosos e colaborativos desse sistema de organização além do alcance de sua sabedoria.

Na UTI, um espaço só para o bebê o aguardava para auxiliá-lo em suas funções vitais que sozinho não poderia sustentar. O bebê ali seria o centro das atenções e, mesmo diminuto diante de tanta grandeza, deslocaria todos os olhares para si e inúmeros esforços em prol da vida. De mãos dadas com a tecnologia, precisava ter sinais e signos observados constantemente. Na incubadora, ligado a diferentes aparelhos, órgãos falhantes seriam acoplados a máquinas. Com a entrada da família na UTI, buscava-se manter uma harmonia que garantisse uma coisa: a vida. Vida esta agora medida, comunicada, registrada e investida. Cada bebê tinha sua folha de registro do dia, classificando sinais dentro do tempo, além do prontuário com um número identificador, onde tudo ficaria compilado e construiria a história do início de sua trajetória.

Aqui, as personagens da história perdem seus nomes, singularidades e estranhamentos. Como um mais um, se compõem junto a uma massa apacientada que habita um hospital da mulher, expressando um único modo de ser neste mundo. Com as mais inovadoras tecnologias de cura, até o Método Canguru se deixa capturar para adentrar a lógica hospitalar que mede, determina e autoriza a proximidade entre mães e filhos, as formas de interação ditas corretas. Hospital e família de mãos dadas. Intimista e interiorizada, a família aparentemente se abre a esse grande saber, legitimando a função dos fluxos e das pulsões atribuída a ela. Com os pais presentes, desde que de modo organizado e sistematizado, ficou mais fácil salvar os bebês.

Num narrar asséptico, brechas e linhas de fuga não são contadas. Cada caso é o caso, preferencialmente padronizado e previsto nas generalidades do saber científico, continuamente a se repetir. Quando percorremos essas formas dominantes do hospital, nos deparamos com um jogo de saber e poder produtor de indivíduos apacientados, amansados pela promessa de cura. Entregue ao outro sabedor, os pacientes se desapropriam de seu próprio conhecimento, perdendo sua força de agir (MUYLAERT, 2000). Resta-lhes apenas a

espera, o cabimento no leito, na rotina, garantindo a assepsia dos processos. O corpo se entrega a esse olhar clínico que observa e intervém. Mas tal assujeitamento se faz necessário nesse limite de dissolução da vida.

Nesse acolhimento hospitalar que afasta o estrangeiro (DERRIDA, 2003), o desconhecido, profissionais tudo devem saber, sem falhar, legitimando um poder ilimitado sobre o corpo (FOUCAULT, 1979). Têm seu tempo cronometrado em minutos, seu objeto dividido em partes e seu ato fragmentado em procedimentos. Assumem uma tarefa imensa e, em nome disso, devem tudo registrar, codificar, racionalizar e agilizar, para não deixar escapar a vida por entre os dedos, afetos e imprevistos. Devem se remeter às generalidades comprovadas, não se focando nas singularidades que possam conduzir a novas evidências momentâneas. Exigência de entendimento remetido também a uma exterioridade maior, que eles nunca detêm, mas pela qual têm de responder. Nos jalecos e luvas brancas, assépticos e instauradores de uma relação hierárquica entre profissionais e pacientes, rapidez, lógica serializada e eficaz de atender se transformam, muitas vezes, em rispidez (ARAGON, 2003).

Mãe-bebê, pacientes e trabalhadores, ao serem submetidos à racionalidade e generalidade, dissociam corpo e mente, descolando o conhecimento do encontro de corpos produzido cotidianamente. Preparação homogênea e saber transcendente que os despotencializa, colocando seus corpos ao acaso dos encontros, ou seja, à mercê dos demais. Tais corpos são afetados por esse aparato hospitalar, sem conhecerem, entretanto, o que é que os afeta e como são afetados. Ao mesmo tempo, reforçam uma individualidade padrão e não se apropriam das causas que produzem os efeitos em seus corpos. O que é que nos faz querer cuidar de um bebê? Qual a melhor forma de gestar e parir? Que encontros nos tornam mais potentes e alegres? Diante da angústia da morte e dos riscos da perda, poderiam outros modos de ação? Ao estarem desapropriados de sua potência, ou seja, ao ficarem submissos a um saber codificado e significado homogeneamente, não conhecem o que é que lhes afeta, como se afetam e podem afetar os corpos nos encontros clínicos (DELEUZE, 2008; SPINOZA, 2008).

Nesse olhar de Deleuze em meio a Spinoza, podemos considerar que a composição desse corpo hospitalar materno-infantil, individuado e atravessado pelas instituições, é particularmente marcada pelo atributo extensão. Mas o que é uma extensão? Spinoza afirma: nós, seres humanos, conhecemos somente dois atributos da substância infinita e imanente, da qual fazemos parte (Deus ou Natureza): extensão e pensamento. Para ele, a composição dos corpos humanos segue as regras de qualquer corpo da natureza, não havendo hierarquias entre

esses atributos, ou até entre os modos como esses atributos se atualizam e existem. Alma é um modo do pensamento e corpo, da extensão. Simplesmente existimos, sem causas transcendentais que ditam regras. Atualizamos potências, que são nossas essências. Essências não individuais, mas parte de um plano comum, duradouras e eternas, independentemente da duração e extensão dos corpos.

Mas por que falar sobre as concepções dos modos de existência e sobre nossas essências? Estamos falando de corpos, humanos, mecânicos e arquitetônicos, parte dos modos como vivemos e intervimos sobre a vida no hospital. Corpos que compartilham um mesmo modo de organização de suas composições, se formando e se construindo com suas peculiaridades, mas, a partir de uma mesma substância e de um mesmo princípio. Neste sentido, uma das marcas de nossas individuações, são as partículas simples, infinitamente pequenas, sempre agrupadas, em conjuntos infinitos, a nos compor, formando indivíduos finitos. Composições extensivas, ou seja, se estendem num certo espaço e duram por um determinado tempo. Espaço e tempo para Spinoza se articulam construindo a qualidade desses corpos que têm uma duração pontual e finita. Fazem-se e se desfazem a todo o momento, marcados simplesmente por seus movimentos e repousos, lentidões e velocidades. Infinitudes de possibilidades de composições se efetuam configurando, ao mesmo tempo, a finitude dos modos e a infinitude de arranjos possíveis, o que abre brechas de reinvenção constantes.

Assim, tanto o corpo humano, quanto aquele corpo mecânico se caracterizam por um conjunto infinito de partículas infinitamente pequenas que se agrupam sob determinada relação de movimento e de repouso compondo um indivíduo. O que diz se estamos no encontro deste ou daquele corpo, ou se falamos deste ou daquele indivíduo, é o modo como suas partículas se relacionam, as formas de agrupamentos infinitos e múltiplos que caracterizam tal ou qual existente.

Isso tem um efeito muito importante no modo de pensarmos a clínica, já que um bebê, ao nascer no hospital, por menor que seja, é feito de conjuntos de partes infinitas, infinitamente agrupadas, assim como a incubadora ou as mãos de um adulto que os recebe. Todos nos estendemos num certo lugar e duramos um tempo X, mas, nem por essa duração, deixamos de ser múltiplos. Para Spinoza o Uno e o Múltiplo se compõem afirmando, concomitantemente, univocidade, multiplicidade, finitude e singularidade. Ao sermos sempre agrupamentos de partes, entretanto, nunca podemos apreender nosso corpo em partes, aos pedaços, pois ele só está e existe na medida em que é um conjunto. É esse agrupamento, e seu modo de composição, que dão consistência e existência aos corpos.

Esse encontro entre as partes, em composição e decomposição, adquire uma existência e atualiza uma potência, mas é sempre também extensão e precisa desse atributo, através do qual poderá entrar em contato com outros corpos, se afetar de uma forma ou de outra. Ou seja, temos em nossa composição um modo extensivo, que tem uma duração X, mas também um modo pensante, ambos efetuando uma intensidade a se expressar. E cada corpo, ao ter seu modo de relação particular e sua essência singular que se efetua naquele modo de existência, deixa de durar quando perder exatamente esse modo de relação que o caracteriza. Ou seja, nos transformamos, nos compondo e decompondo no encontro com outros corpos. Mas, na medida em que nos encontremos com um corpo que nos muda radicalmente, a ponto de desmanchar aquilo que lhe é mais particular (o modo das relações entre partículas), deixaremos de existir enquanto corpo extenso. Morremos.

Assim, o ser humano - uma das formas de existir como corpo - é pura composição, mas não se limita à extensão. Tem junto a ele o incorpóreo, pensamento que assume a forma de mente, espírito ou alma. É, entretanto, justamente a partir do retorno ao corpo como produtor de pensamento adequado que Spinoza valoriza o corpo, já que a alma é a ideia do corpo e só pensa a partir dos afectos deste. É a partir do corpo que podemos conhecer, mas também, ao produzirmos conhecimento no encontro com outros corpos, é a potência do pensamento que deve prevalecer, tomar conta da maior parte de nossa existência. Ou seja, a extensão, a composição de partes infinitas que formam nossa individualidade, é nossa maior ferramenta para expandir nossa potência, para ampliar a existência, viver mais e melhor. Mas se estivermos meramente ao nível casual dos encontros, sem conhecermos o que nos faz bem e o que nos destrói neles, nunca acessamos e nunca nos conectamos com nossa potência de agir e de conhecer, ou seja, com nossa parte intensiva e não somente extensiva.

Desta forma, no hospital, podemos pensar que as grandiosidades e materialidades evidenciadas expressam um modo de funcionamento extensivo, no qual o corpo orgânico ganha força em relação às intensidades pré-individuais, forças que nos compõem sem nos pessoalizarmos completamente. A despotencialização, aqui, se dá justamente pela cisão entre corpo e alma (modos da extensão e do pensamento), já que é na junção que está a potência.

Descolamo-nos de nossas singularidades, história de produção, potência de mudança e criação. Protegemo-nos do imprevisto e sucumbimos ao acaso dos encontros que podem ser tristes, despotencializadores ou alegres. Mas, mesmo que nos façam bem, não nos conectamos com nossa potência, pois nem ao certo conhecemos o que daquele encontro nos alegrou (MASSETI, 2003; MUYLAERT, 2000; DELEUZE, 2002a). Optamos por um parto X ou Y,

conduzimos a maternidade assim ou assado, trocamos este ou aquele afeto, consultamos este ou aquele especialista, conduzidos por manuais de vida invisíveis ou até materializados, mas sempre representados em nossos modos de subjetivação ideais.

Nesse encontro entre as instituições hospital e família, percebemos a eficácia desse maquinário que, ao buscar manter a vida, tenta anular suas formas diferenciais e o pensamento dela advindo a cada encontro. Coloca-se não como mais uma das formas de produzir saúde, mas como a única possível, através da qual todas as mulheres, bebês e trabalhadores se reconhecem como parte de uma sociedade dominante. Antes mesmo de se encontrarem com as técnicas inovadoras, com os profissionais sabedores, já pensam conhecer o que é melhor para eles, mas, concretamente, têm um conhecimento ainda inadequado, na medida em que nem sequer foi vivido ou experimentado. E para tornar familiar a estrangeirice das singularidades e diferenças, nada melhor do que introduzir a família no hospital, mecanismo de aperfeiçoamento do controle da subjetividade, não somente dos índices de mortalidade. Diante dos riscos, nossa insuficiência de saber se exacerba, e encarnamos tais relações. Familiariza-se o estrangeiro, as forças intensivas que nos compõem e tentam afirmar sua existência, afunilando todos os investimentos possíveis nessa forma única.

Nessa familiaridade, corpo orgânico e máquina mecânica se agenciam de modo muito curioso nesse plano extensivo de composições do hospital. O sujeito humano, guiado pela forma-homem imperante (modo dominante de subjetividade), que antes acreditava ser o condutor das ações, se vê como um efeito de uma produção histórica e social, a qual juntou maternidade, hospital e ciência. Julgávamos e pensávamos ser a causa primeira de tudo, mas vamos percebendo-nos como mais um dos efeitos dos encontros, das composições da sociedade, quiçá do universo. Ao evidenciarmos a força com que, no hospital, se luta por combater essa história e esse passado em prol de um futuro, sentimos a potência dessas intensidades que precisam ser combatidas e evitadas a cada momento.

No entanto, os corpos humanos assujeitados se agenciam com máquinas tecnológicas potentes, grandes agentes desse processo. Teixeira (2001), ao analisar esses agenciamentos entre máquinas artificiais e humanas na saúde, nos mostra como os sujeitos são produzidos e os ditos objetos são produtores. Ter uma incubadora ou um respirador artificial não faz simplesmente com que o homem salve vidas igualmente existentes antes. Mas sim, faz com que outras formas de vida, antes impossíveis, sejam agora admissíveis e até estimuladas. Nesse sentido, as máquinas não são meros instrumentos de trabalho dos profissionais, mas

tem força ativa na composição desses encontros, também legitimando frequentemente um modo mecânico de vida, nos moldes do corpo orgânico que surgiu com a clínica moderna.

Temos nesse cenário, diz o autor, subjetividades de arquivadas a simplesmente assistirem ao jogo sem se empoderarem e poderem agir, e agenciamentos tecnosemiológicos, não simplesmente tecnologias materiais, mas corpos extensos associados a técnicas e signos, compondo um conjunto mecânico e linguístico único. Materiais, modos de agrupamentos e linguagem compõem toda a aparelhagem das incubadoras, bisturis, tubos e aparelhos de ecografia. Tecnologia e olhar que possibilitam não mais somente curar, mas antever o bebê potencialmente doente (ARAGON, 2003).

Assim, o recém-nascido, sua mãe e o técnico-trabalhador, ao serem apacientados no hospital-maternidade, ensinados pelos códigos a seguir e expectativas a corresponder, não se pensam em relação a esse corpo hospitalar. Na rapidez e velocidade de produzir saúde no contemporâneo, não há tempo e espaço para pensar, mas sim, muitas imagens que já crêem pensar por nós. Aos pacientes e trabalhadores, resta a entrega ao saber e às tecnologias de uma clínica que acaba por afirmar uma vida submissa e valorada segundo princípios unificados e totalitários. No entanto, a tristeza e a submissão, aqui, não se fazem sentir como a depressão tão conhecida e remetida atualmente, e sim como culpa, pena, entrega, impotência e gratidão, sentimentos característicos desse regime de servidão invisível. Submissão não feita pela concretude das amarras e algemas, mas pelos signos codificados por um saber generalizável que diz da temperatura, da cor do líquido amniótico, das dilatações, das dores, dos batimentos cardíacos, entre tantos outros signos que transformam em sinais de antecipação potenciais doenças ou vidas saudáveis dos bebês. A sobrecodificação e a linguagem endurecida estabelecem um só sentido para essa quantidade imensa de signos e afetos.

Apesar dos impactos e afetos suscitados neste encontro com a UTI Neonatal, não assumimos uma culpabilização das máquinas ou dos sujeitos trabalhadores, e sim, os tomamos como efeitos de uma construção processual, na qual também compõem e determinam a direção da clínica e da vida. Junto às formas de organização disciplinares no hospital e à organização familiar, as políticas públicas atuais nos fazem sentir a sutileza e o aperfeiçoamento dessas técnicas contemporâneas de moldar e intervir sobre os sujeitos. Na composição desse cenário experimentado na pesquisa, tais políticas condutoras de projetos, programas, legislações e diretrizes, intervêm sobre um sujeito, um bebê ou uma mãe, supostamente doente ou potencialmente saudável, assim como num trabalhador

duvidosamente eficaz ou potencialmente aperfeiçoável. Institui-se um paradoxo, já que, ao mesmo tempo, se quer garantir direitos aos cidadãos pra assegurar sua saúde e estabelecem-se padrões de modos de vida homogêneos. Cria-se um corpo político que sustenta nossas práticas e geram-se também objetos-sujeitos de uma pólis que quer visibilizar e viabilizar certas vidas.

Desde o início do SUS e até antes dele, diversas políticas públicas voltadas para a infância e, principalmente, para o primeiro ano de vida, reafirmam essa aliança entre saúde e família. No hospital, tais articulações foram se fortalecendo, à medida que os movimentos sociais reivindicavam a importância das famílias adentrarem o hospital e garantiam um investimento para a manutenção da vida de forma considerada digna. Em defesa dos direitos das mulheres e das crianças, na década de 90, questionava-se o modelo de atendimento, os procedimentos, reafirmando-se a mulher e a criança como sujeitos de direito (RATTNER, 2009). Surgiam diversos questionamentos sobre a ausência das famílias e sobre a rispidez dos atendimentos no hospital, criando-se no ano 2000 um Programa de Humanização a Partos e Nascimentos (PORTARIA GM/MS Nº 569, 2000; BRASIL, 2000), que visava minimizar tais efeitos negativos dos atendimentos e, principalmente, evitar mortes maternas e neonatais. Tal programa visava garantir um acesso humanizado para todas as gestantes e recém-nascidos, considerados estes direitos de tais cidadãos. A partir das violências constatadas na assistência ao parto e nascimento, conquistou-se em 2005 uma lei que assegura a presença do acompanhante no parto (LEI N. 11.108, 2005), e algumas discussões em torno da falta de protagonismo da mulher e do uso abusivo de invenções tecnológicas contemporâneas. A partir de tais mobilizações, promulgou-se a lei 11.634 (2007) garantindo à gestante o direito de conhecer previamente a maternidade onde receberá assistência ao parto.

Nestes movimentos, das tentativas de humanizar o hospital tomado como mecanizado e tecnologizado, diferentes iniciativas e projetos vêm se afirmando. Inicialmente, humanizar significava permitir a entrada dos pais nos atendimentos às crianças (MORSCH e ARAGÃO, 2006). Questionam-se as práticas hospitalares, mas, de certa forma, evidencia-se também um tensionamento das instituições familiares e de saúde que disputam territórios e afirmam identidades. No contexto da UTI Neonatal, resgatam-se as técnicas indígenas e de países pobres que reforçam o contato humano como a melhor forma de fazer crescer os bebês, transformando-a em ciência.

No Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, cria-se o Método mamãe Canguru (BRASIL, 2009). Tal programa objetiva transformar os modos de

assistência perinatal no hospital, trazendo mudanças importantes nos modos de se produzir saúde, acoplando saberes biológicos, psicológicos e sociais. Tal método enfatiza a importância dos vínculos familiares e estimula as trocas entre mãe, pai, filho e demais membros da família, afirmando a melhora e o ganho de peso do recém-nascido de baixo peso, caso esteja em contato físico e afetivo constante com sua mãe. Resgata as teorias sobre o desenvolvimento do bebê, caracterizando as diferentes formas de interação e trocas quando prematuro. Estudam-se as posições, condições que estabelecem os limites e possibilidades do método, padronizações nacionais e protocolos de orientação e internação por tal método.

Apresenta-se, assim, como inovação em relação às tecnologias tradicionais e artificiais, resgatando a naturalidade do contato e colocando-se como um avanço em termos de política pública. Entretanto, compartilha o paradoxo das políticas públicas de pensar macropolíticas diante das singularidades dos modos de subjetivação. Muitas vezes, entram na lógica de criação de padrões únicos e homogêneos para um país tão diverso e se transformam em lei. Ademais, também trazem o desafio de implementação que possa compor com as diferentes realidades, concepções e práticas que convivem no hospital. Com as formas generalizantes e disciplinares deste estabelecimento, criam-se tensionamentos e embates de saber e poder, na medida em que outras diretrizes se colocam.

Assim, a tendência de criação de ações macropolíticas tem sua relevância e é essencial na condução de novos formatos de produção de saúde, mas pode também adentrar o hospital para compor com seu grande especialismo, reforçando os posicionamentos sabedores e distanciadores dos encontros singulares. Ou seja, a política pública norteadada pela humanização dos cuidados, caso esteja distanciada dos indivíduos e singularidades envolvidos no processo micropolítico, acaba por se distanciar e simplesmente normatizar.

Benevides e Passos (2005b, 2005c) colocam em evidência tal questionamento, afirmando que devemos recolocar a questão da humanização das políticas públicas, diante de um cenário em que estas também se naturalizam e são atravessadas pelas formas de poder modelizadoras. Afirmam que a humanização e a construção do SUS carregam a potência dos movimentos sociais que as fizeram emergir, mas, concomitantemente, adentram os códigos contemporâneos das diferentes formas de governo, moral, econômico e político, já que estes não se situam somente no poder do Estado de gerir. Na medida em que o poder se apresenta de forma complexa, diluída e pulverizada, tudo pode, ao mesmo tempo, ser capturado e carregar em si a potência de transformação. Derrida (2003) também nos ajuda a pensar esse paradoxo na medida em que retoma a questão da hospitalidade e do acolhimento, enfatizando

esses poderes e saberes que se articulam para inscrever a hospitalidade como direito. *Hostis*, em latim, quer dizer hóspede, mas também inimigo, hostil.

Num questionamento extremamente pertinente e importante, tais investimentos em diferentes projetos de humanização, nos fazem sentir as dificuldades da entrada das singularidades no hospital, mas também, as forças que as composições familiares foram ganhando socialmente. Numa tentativa de humanizar, dificilmente nos perguntamos o tipo de humanidade desejada e sobre os modos de vida criados por nós na interface com as máquinas. Assim, problematizar a clínica na UTI Neonatal, resgatando sua potência, nos força a pensar num novo humanismo que resgate esse plano de movimentações, tensões, afecções e conexões com o plano coletivo que compomos. Desafio este de repensar este plano conceitual da humanização e também as formas de implementação, condução e direcionamento da clínica contemporânea.

5 O QUE FORÇA A PENSAR?

Contamos uma história das grandezas, das problemáticas que atravessam grandes instituições, orientando organizações dos corpos doentes, potencialmente doentes, parturientes e nascituros. Entretanto, nenhuma história se faz somente de generalidades. Nas formas imperantes no hospital, as pequenezas das diferenças rastejam e penetram microscopicamente os encontros de corpos, nos forçando a diminuir também nossas marteladas violentas para podermos realmente adentrar e conhecer essas composições que ali se dão.

Mães, mulheres e bebês, nunca são **a** mãe, **a** mulher e **o** bebê e sim **uma** mãe, **uma** mulher, **um** bebê, às vezes todos ao mesmo tempo. Com Sabrina e Vitória, vínhamos acompanhando a composição de uma menina-mulher que nos confronta com nossas construções, ao não corresponder aos ideais de família e saúde esperados. O cenário construído para análise na pesquisa é então este: o trabalho clínico em um hospital da mulher, no contexto específico dos bebês recém-nascidos. Mais especificamente, dos bebês prematuros no ambiente de internação da UTI Neonatal.

Em minhas andanças pelos andares, leitos e portas deste hospital, me via atravessada por essas formas homogeneizantes, sentindo-as nas durezas aglomeradas em meu corpo como trabalhadora, endurecida por uma clínica regrada pela razão. Na UTI Neonatal sentia a radicalidade da hospitalidade por contrato e da organicidade dos corpos, ao acompanhar bebês recém chegados e ainda não totalmente encerrados numa forma-homem.

Composições de uma cena:

...Mais um dia de trabalho e, para mim, parecia mais um atendimento solicitado para amansar as subjetividades exaltadas e impacientes. Cheguei à UTI Neonatal. Atravessei uma porta para chegar até a sala de equipe e conversar com o médico solicitante. O caso exposto era o de um bebê, 700.2 ou João, extremamente prematuro, 700g, com muito baixo peso. Até então nada de incomum numa UTI que se dedicava prioritariamente aos bebês vindos antes do tempo protocolar. O médico vinha utilizando todos os recursos disponíveis: o respirador por um tubo, surfactante para inflar os pulmões ainda colados, antibióticos para combater as prováveis infecções que abalam um corpo ainda sem defesas, alimentação por sonda, incubadora aquecida, entre outros dispositivos. Contou-me sobre todos os procedimentos feitos, supondo certo partilhamento de linguagem que, apesar de um tempo de trabalho, eu ainda fazia muita força para decifrar minimamente. No prontuário, a evolução de um bebê

com muitos olhos voltados para si a todo o momento, também composta por cifras, siglas, abreviações e números.

Diante de tamanho aparato clínico disponível, me perguntava o que teria me levado até ali. Imediatamente, o médico atribui-me as questões familiares. Apresenta-me o cenário de uma família “aparentemente instruída”, com um nível de compreensão bom, e, por isso, não entendia o porquê de algumas dificuldades. A mãe não planejava, nem desejava o filho. O parto, na verdade, tentara ser um aborto. Tentativa de morte, ou de trancamento da vida, que terminou por ser um nascimento aos pedaços. João, ali todo inteiro, não se sustentava sozinho e pouco prometia, apesar dos insistentes investimentos. O pai não aparecera muitas vezes, a mãe vinha guiada por uma culpa, mas em nada encontrava um bebê que pudesse lhe despertar um desejo de cuidar já antes inexistente. Os avôs, até então, não eram muito bem-vindos na UTI, já que a função de cuidar, ou melhor, de acompanhar o cuidado da UTI é dos pais. Demais membros da família podiam adentrar somente a partir da autorização e mediação destes. O conhecimento da equipe sobre a história se limitava a isso.

Mas ainda sentia que ter uma mãe mais presente, ou que investisse em seu bebê, não acalmaria as inquietações advindas daquele encontro da equipe com o bebê-família. Após a formalidade da passagem do caso, agora também de meu domínio e responsabilidade, conversamos sem compromisso sobre o paciente. O problema nunca se apresentava antes das soluções e possíveis respostas. Primeiro vinham as constatações e tentativas de explicações, depois as dúvidas, relegadas a um segundo plano, quase como um desabafo. Perguntas, após tantas informações, se introduziam pelo meio... Mas que sensação a mãe lhes causava? O que havia de particular naquele bebê? O que mobilizava mais no atendimento? O que será que pode esse bebê? Após todos os investimentos iniciais, o bebê vinha respondendo bem. Começava a engordar e até podia receber o leite por sonda, atividade que exigia uma estrutura digestiva e energética grande da parte dele, apesar de ser tão comumente realizada pelos adultos sem esforços aparentes no nosso dia-a-dia. Vinha melhorando, apresentando avanço nos sinais vitais, boa temperatura, boa saturação, ou melhor, absorção de oxigênio no corpo, tomando leite materno. Uma pontinha maternal e de vida funcional se anunciava.

Repentinamente, foi tomado por uma infecção bastante comum aos bebês de extremo baixo peso. No entanto, a piora clínica desmanchava não somente as composições orgânicas de João, mas as expectativas de retorno diante de tantos esforços. No encontro com ele, começávamos a nos perguntar o que estávamos fazendo ali. Devemos seguir insistindo em uma vida tão ínfima e aparentemente fracassada? O médico residente, novato, e o preceptor,

experiência sentida nos seus cabelos brancos e rugas sérias, se questionavam sobre os procedimentos a fazer. Por entre as tentativas, dúvidas um pouco veladas sobre seguir. Até porque, as instituições e legislações aqui presentes não nos permitiam questionar abertamente a vontade ou não de investir em qualquer fio de vida existente. Qual nosso lugar quando todos os recursos se esgotaram e nos resta apenas esperar? Mas... Estamos esperando o quê mesmo?

O rosto franzido e preocupado do médico expressava um descompasso da equipe naquele caso. Fomos ver o bebê e lá estava, muito quieto, rodeado pelos sons mecânicos da UTI. Manuseado por mãos e volteado por preocupações. Ao resistir aos cuidados, não dava as respostas esperadas. Por muito tempo, se mantinha. Nas inquietações surgidas, um medo estampado de abortar novamente, de negar a vida a João. Mas também, um desconforto em salvar um João disfuncional, sem os futuros limites conhecermos. O que poderíamos como clínicos ali? Duvidávamos da nossa potência de disciplinar, mas também da potência do corpo do bebê e da mãe em responder adequadamente. A mãe, com uma fala cansada e desinvestida não se deixava motivar ou animar com a sobrevivência daquele bebê. O que poderiam mãe e bebê naquele encontro conosco?

Desdobramentos...

O encontro com os corpos ia gerando desconfortos e criando problemas. A partir das sensações experimentadas, perguntas surgiam... o que se passa nesses encontros com esses bebês tão prematuros, antecipadamente chegados, mas, ao mesmo tempo, extremamente recepcionados e esperados por uma grande tecnologia que organiza um saber sobre a vida? Pequenos seres alvos de grande atenção, zelo materno, investimentos científicos, projetos e programas de humanização, permeados de atenção midiática e de ensino, colocando-se como mais alto nível de especialidade no conhecimento sobre as crianças e seu desenvolvimento.

Sentia por vezes que não entendia nada sobre a evolução desses bebês e, em seguida, minhas sensações de incompetência e de onipotência em querer antecipar, faziam-me resgatar a história de um aparato inventado para dar conta de salvar determinadas vidas. Com João, algumas brechas se abriam em meio a tantas certezas. Conhecíamos alguns limites e funcionalidades do corpo-bebê ao se desenvolver ou do corpo-mãe ao se permitir amar. Talvez igualmente soubéssemos da eficácia do trabalhador ao fazer a família e pacientes corresponderem às normas de saúde prescritas nos prontuários. Mas ali tínhamos um encontro singular, e não lidávamos apenas com as ideias genéricas, distanciadas de um corpo, que não

era *o corpo*. Mesmo com todos esses saberes e possibilidades de um futuro prodigioso, algumas dúvidas nos habitavam. Não sabíamos o que estava por vir ou como agir naquela situação mesmo com os manuais e livros nos acompanhando.

Dávamos prognósticos, mas eles se contradiziam. Orientávamos boas maneiras, mas os pais teimavam em desobedecer e questionar. Combinávamos uma divisão padrão de equipe, mas alguém se intrometia no atendimento sem ser chamado. Lavávamos as mãos, mas algumas bactérias sempre insistiam em se proliferar. Brechas iam se abrindo diante das paredes brancas da UTI Neonatal tão solidificadas pela estrutura hospitalar. Rupturas começavam a se insinuar na nossa inquietação enquanto trabalhadores, mesmo que a incerteza não estivesse prevista. Apesar do trabalho racionalizado e sistematizado, que investe em higienizar e limpar qualquer intensidade exagerada, afectos nos contaminavam e nos faziam experimentar sensações diferentes.

É neste cenário e diante de tais brechas que se coloca nosso problema de pesquisa. Dúvida de trabalhadores e pacientes, aqui, se transforma em inquietação de conhecer. Quais são as rupturas possíveis na clínica hospitalar, no contexto da UTI Neonatal? O que podem nossos corpos trabalhadores, familiares e bebês aos nos encontrarmos em direção à produção de vida? Que vida é essa que podemos e queremos afirmar com a clínica? Diante da imensidão das instituições família, hospital, medicina, saúde, ciência, entre outras que nos atravessam na clínica e nesta pesquisa, nos interrogamos o que podem os encontros cotidianos, pequenos e locais. O que está em questão é a potência diante de tantas formas, linguagem e significados construídos e consolidados. Durante muitos momentos, nos sentimos muito pequenos com tantas grandezas, nos sentimos muito frágeis com tantas forças.

Perguntarmos sobre a potência, inspirados pelo acompanhamento de potências de vida no hospital, nos faz procurar encontros que potencializem o corpo de outro modo. Neste sentido, o encontro com Deleuze, e com Spinoza em sua leitura, ressoa e dá vida às nossas questões. Spinoza (DELEUZE, 2008), distanciado dos padrões de vida e da moral contemporânea, traz, entretanto, contribuições extremamente importantes, que, relidas por Deleuze, ganham possibilidade de diálogo com nossas questões atuais. Em uma época em que a luz e a preocupação em sair do obscurantismo da Idade Média tomam os cientistas, Spinoza se antecipa em tal questão e se dedica a pensar a ética, ética da vida vivida praticamente, e não somente preceitos morais acima dos homens e ditadores de regras e padrões gerais de vida. Assim, ao afirmar Deus (ou a Natureza) em nós, não como imagem e semelhança, mas como um modo que somos de Deus, considerando-o como toda a substância imanente que

compõe a natureza, o filósofo descola nossa existência dos modos copiados, submissos, referenciados a uma imagem maior. Até porque, a substância só pode se expressar e criar a partir do que há nela e não produzir algo diferente dela, que não seja tão perfeito quanto ela (SPINOZA, 2008). Perfeição e completude imanente e advinda da pura composição sem dissociação, em termos ontológicos, diferentemente de uma perfeição a ser alcançada a partir de uma imagem a ser reproduzida como modelo.

O homem, ao ser parte da Natureza, em nada se opõe a ela. Isso é o início de um resgate à valorização do corpo, dos nossos conjuntos de composições extensas, como base de uma vida vivida eticamente. Com isso, quero retomar a importância do corpo em Spinoza, que, ao ser parte da Natureza, não é menos por isso e tem sua potência própria que não é a de uma alma, dos preceitos linguísticos ou intelectuais o comandando. Potência de agir do corpo, intrínseca, de afetar e ser afetado. Somente podemos nos transformar pelas afetações mútuas vividas no corpo. A partir do encontro com outros corpos, vão se produzindo efeitos nos modos de relação das nossas composições, alterando-as, ao compor com nossos agrupamentos, ou decompondo-as ao serem incompatíveis tais modos de relação. Parece simples e rotineiro. Entretanto, afirmamos uma potência não forçada e ativada passivamente por outro corpo externo, e, sim, exatamente aquela que coincide com nossa essência, diz da força de expandirmos nossa própria existência. A complexidade e diferenciação estão justamente nas possíveis linhas de fuga abertas para as relações passivas e aprisionadas, a partir de uma potência=essência.

Na releitura, Deleuze se dedica a compreender e criar, a partir das produções de Spinoza. Encontra-se com Spinoza e entra pelo meio, resgatando uma potência=essência, também coincidente com a existência. Aquele que cria está no mesmo plano daquilo que é produzido. Movimento de produção constante, não fechado ao mundo e aos corpos exteriores. Nossa potência é justamente a de afetar e sermos afetados. Essa é a potência do corpo em Spinoza e é a potência do corpo que nos tomou e nos afetou como objeto-sujeito de pesquisa. Como não há uma essência com natureza diferente e separada daquilo que somos, aquilo que somos é exatamente aquilo que podemos, aquilo que fazemos em nossa existência, que efetuamos, em relação aos nossos limites e possibilidades de expansão. Potência, essência e existência estão equiparadas, já que, ao nos perguntarmos sobre a potência do corpo, devemos conhecer do que ele é composto, do que é feito, como se dão suas relações. Assim, potência interroga sobre a composição e esta, sobre os modos como o corpo pode ser afetado. O que pode um corpo bebê nos encontros clínicos do hospital? De que composições ele e os demais

corpos que vão ao seu encontro são feitos? De que formas essas composições podem afetar e ser afetadas?

Tais perguntas nos levam a questionar sobre qual seria o conjunto de afecções que exprimem a essência desses corpos em questão na clínica. A existência seria exatamente o modo como exprimimos nossa potência, como efetuamos eternidades (marca da substância, da potência que nos compõe) em modos finitos. Formas de vida com duração limitada, capazes de expressar as intensidades das forças infinitas, duradouras que nos compõem (BENEVIDES e PASSOS, 2005a).

Assim, o problema da potência do corpo no hospital é também uma pergunta sobre a força dos encontros, sobre o quanto podem produzir novas formas de relações, de clínica. Ao nos encontrarmos com outro corpo, seja ele humano ou mecânico, mineral ou vegetal, produzimos efeitos nesse corpo e também somos marcados pelo outro. Essas marcas podem nos manter sempre aprisionados a este outro corpo, ou podem nos libertar na concepção de liberdade spinozeana. Estar à mercê do outro, colado à imagem suposta de dependência em relação a ele, na ideia de que somente nos sentimos potentes pela potência do outro, sem reconhecer nossa própria potência, é manter-se num gênero de conhecimento primeiro diz Spinoza. Afirma: sempre somos afetados e afetamos, e produzimos pensamentos, a partir dos nossos encontros e sensações, de alegria ou de tristeza. Mas estes afectos acabam por ser atribuídos ao ser externo, sem percebermos nossas composições que também estão em jogo ali. Vivemos em função da vida duradoura, e nas regras de proporcionalidade, tendo a maior parte de nossa existência ocupada pela extensão, por essas composições do corpo finito.

O bebê, e de certa forma, todos nós, habitamos esse mundo do conhecimento imaginário, do pensamento com imagem como Spinoza denomina (TEIXEIRA, 2004). O recém-nascido seria esse corpo, extremamente à mercê do outro, passível de afecções e de afetar com os outros intensamente. Como um corpo muito aberto ainda, se encontra sempre numa relação de dependência, o que, para Spinoza, se coloca como pensamento inadequado, formas equívocas de viver. Ainda sem história de encontros anteriores, se expõe a tudo e a todos sem saber o que é bom ou ruim para ele. Abertura, maleabilidade de suas composições, fragilidade.

Conhecer o que há de comum entre minhas composições corporais e os arranjos do outro corpo, pode começar a me levar a outro modo de vida, no qual inicio a conhecer o bom ou ruim para mim neste ou naquele encontro. Ou seja, a alma é a idéia do corpo, ela pensa a partir das afecções do corpo, tendo, entretanto, seu modo diferenciado de se expressar. Não

estamos mais somente ao acaso dos encontros, nos prejudicando ou nos fazendo bem. Mas iniciamos a exercitar a potência da alma, potência de pensar. Ter ideias adequadas, do que faz bem ao meu corpo e, conseqüentemente, à minha alma, para que possa buscá-los. Quando conheço, através da ação de minha alma, o que faz com que um encontro aumente a minha potência de agir e me torne mais alegre, sem necessariamente isso estar colado à imagem do outro - ou a potência simplesmente alheia-, começo a construir o que Spinoza (DELEUZE, 2008) chama de noções comuns. Construções comuns (feitas sempre ao menos entre dois indivíduos) através do corpo que força a pensar, a produzir um pensamento do que é bom ou não para mim naquele encontro.

Pensamento não mais inadequado, sem imagem (sem a imagem-clichê colada à moral transcendente), consegue considerar e experienciar um critério de adequação e de vida unívoca, imanente ao próprio encontro. Não são palavras imperativas que me dizem se sou saudável ou não, se estou alegre ou não, se estou vivo ou não, mas sim, a possibilidade de compor com outros corpos e sentir a ampliação. Mas aqui, como começo a ter a noção do que é comum, perceber o que é que compõe o meu e o outro corpo, também começo a poder buscar encontros que me potencializem. Não estou somente colado a uma imagem de bom e de ruim, mas posso ir a cada vez, ao me encontrar com um corpo que componha comigo, buscar mais e mais encontros ampliadores.

Tal problema afirma a importância desta concepção de um ser humano composto de agrupamentos, cujo pensamento só é adequado quando partir do corpo que se encontra com outros corpos. Esse é o único critério válido. Aquele encontro com aquele corpo potencialmente curável aumenta minha potência ou diminui? Meu encontro com aquele trabalhador duvidoso me expande ou me destrói? O que pode o meu corpo trabalhador, o corpo bebê, o corpo família, o corpo mecânica incubadora nesse encontro?

Assim, aqui trazemos a pergunta de Spinoza sobre o que pode o corpo e retomamos a de Benevides e Passos (2005a) que, à luz de Deleuze e Spinoza, se torna o que pode a clínica. Corpo e clínica perpassados pelo tema da potência. Para os autores, tanto o corpo quanto a clínica podem seguir o mesmo modelo, já que todos os modos da substância estão num mesmo nível de composição. Ambos são modos finitos, mesmo que, muitas vezes, nos façam crer que a clínica sempre foi científica e que o corpo sempre foi orgânico. Duram certo tempo, ocupam certo espaço. Têm um grau de potência que diz de sua essência singular, infinita, daquilo que podem. Têm uma relação característica através da qual a essência se exprime neles, em seu modo finito. E também são compostos por um conjunto de partes extensivas.

Essência infinita e intensiva se junta à existência finita e extensiva, através da expressão, da composição de partes características de cada corpo, de cada clínica (DELEUZE, 2008). Corpo e clínica aqui não têm uma generalidade, uma verdade em si ou alguma forma de expressão única. São modos de expressão de intensidades através das extensividades, das corporeidades e concretudes.

Desta forma, o corpo e a clínica, mesmo com tantas formações macroscópicas, têm alcances e potenciais microscópicos que dizem de uma potência situada no entre, na composição infinitamente pequena, mas indivisível. Potência, encontro de corpos e clínica se juntam para formar novas configurações de agrupamentos que interrogam. Capacidade de agir do corpo e de pensar da alma se juntam num corpo-alma a nos interrogar. Questionam as grandes extensividades do hospital, ocupado, na sua maior parte, por uma vida finita, duradoura, e, muitas vezes, equívoca. Corpos doentes e trabalhadores duvidam desse plano feito somente de organismo, de mecanicismos, de disciplina e, na inquietação que os atravessa ao se encontrarem, pensam e fazem problema abrindo novas possibilidades de composição, de expressão da infinitude, abrindo passagens para forças pouco conhecidas.

Tais individuações questionam esse emaranhado de instituições justamente onde estas não alcançam. Nas fragilidades do corpo-bebê disfuncional, na dúvida do profissional sabedor e no afago inexistente da mãe, abrem-se brechas institucionais que, ao serem habitadas, fazem problema e, forçam novas formas de expressão. Aqui, a fragilidade do bebê que está totalmente aberto ao outro, é tomada por Deleuze como potencialidade e por nós como possibilidade de pensar e agir. Agimos e pensamos, transformando experiência em pesquisa. Vivência de um adoecer que não se localiza no paciente, não pertencente a um ou outro indivíduo (ARAGON, 2007), assim como, de uma ignorância não exclusiva do paciente ou do trabalhador. Corpos em seu limite de dissolução, onde quase deixam de ser bebês, mães ou médicos, onde se descaracterizam, problematizam.

Desta forma, investigamos... Qual a potência desse corpo na UTI Neonatal, nesse lugar no qual o saber não chega, escapa e não consegue significar? Impulsionados por tal inquietação, buscamos conhecer e acompanhar a emergência dessas potências que causam fissura no agenciamento hospitalar, dos encontros que conseguem acionar essa ruptura. Ruptura nesses encontros, já que dissemos que não todos são produtores de fissura, o que impossibilitaria a própria manutenção do hospital como corpo funcional em suas relações complexas de composição. Desejamos, dessa forma, acompanhar não somente os corpos que se abrem e se deixam afetar - num contexto de assepsia dos afetos -, mas sim aqueles que têm

a potência - ao se abrirem para a experimentação e despertarem um sentimento de infância em nós – de produzir agenciamentos, fissuras e, com isso, fazer emergir a própria essência do ser.

Nosso problema, que se coloca como proposta de pesquisa, consiste em mapear delicadamente esses corpos que, em agenciamento, fazem emergir Uma Vida. Para Deleuze (2002b), Uma Vida fala de um plano de vida que não é mais aquele no qual a vida nos pertence, mas sim aquele em que nós é que fazemos parte da vida. Plano de imanência, singular, múltiplo e intensivo se situa em uma vida, mas não se remete a um ser. Impessoal que é acolhido por corpos individuados que, ao se dissolverem, abrem brechas, nos fazendo entrar em contato com uma vida nua.

Reencontramo-nos com a questão: o que força a pensar no hospital, o que produz um conhecimento da potência que nos compõe, para quem das formas que esta assume? Pensamento e corpo juntam-se para formar nosso problema e fazer questão. Pois, se consideramos que o pensamento é o que integra ação e pensamento, devemos conceber também que o corpo que se expressa, pensa, questiona e em seu adoecer, problematiza (LAPOUJADE, 2002).

6 SENTI(N)DO POR ENTRE OS CORPOS

O que nos convoca aqui a pensar e faz problema é o corpo no encontro com outros corpos na UTI Neonatal. Afetados pela clínica com o bebê prematuro e todo o aparato institucional que o atravessa, somos levados a problematizar. Problema sobre como se dá a dimensão micropolítica e diminuta dos encontros, diante das grandezas e formas das instituições; e quais suas potências de produzir outros modos de fazer clínica, de ser paciente, mãe e bebê. Como furar a clínica, o bebê, a família, o hospital, a psicologia, a medicina.

Mas como conhecer furos? De que forma podemos percorrer uma linha que foge e não se deixa capturar? Um desafio metodológico se impõe quando queremos conhecer exatamente aqueles encontros que rompem com as instituições, com o prescrito. Difícil tarefa, pois uma ruptura certamente não se apresentará do mesmo modo que outra. Para escapar às formas dadas, se transforma e deforma. Então, a questão insiste: Como ganham corpo as rupturas? Podemos capturá-las e tomá-las como objetos a conhecer?

...Certo dia, a partir de grandes inquietações dos técnicos de enfermagem e enfermeiros com a indisciplina e inadequação dos pais na UTI Neonatal, formamos um grupo de estudos e discussão entre os trabalhadores que intitulamos “Como lidar com os pais”, coordenado por mim. Não sem dificuldades, abríamos espaço para pensar diante de tantas tarefas sem intervalos previstos. No nome do grupo, uma parcial aceitação do lugar corretor e domesticador da psicologia, legitimando os conhecimentos familiares de seu domínio. Entretanto, ao trazer um algo de lida, de como se achar nessas confusões entre equipe de enfermagem e família, o nome comunicava e chamava. Preocupações com os conceitos, com as explicações psicológicas e com o lugar da psicologia existiam, mas não eram o foco das atenções. O mais importante ali era a comunicação. Objetivo, claro e delimitado, o nome e a proposta do grupo falavam a linguagem organizada de um hospital, e buscavam, pelo meio, furar as percepções e modos de clinicar ali.

Certo dia, após diversos encontros, os estudantes de medicina começavam a participar também. Inteirados de que eu estava a fazer uma pesquisa de mestrado sobre o trabalho no hospital, especificamente na UTI, me questionavam sobre minha temática, métodos e propósitos de investigação. Tal pesquisa legitimava um saber psicológico dentro de uma instituição prioritariamente dominada pelo saber médico. Mas quantas vezes me via novamente embaraçada com aquela pergunta: o que é que tu estudas mesmo? Como é teu método mesmo? Nunca te vejo aplicar nenhum instrumento por aqui... Enrolava-me, dizia,

mas nunca tinha uma certeza de que estava comunicando. Com palavras difíceis e com as grandes significações acadêmicas, via que os sentidos compreendidos poderiam ser múltiplos, mas também nulos. E isso muitas vezes me fazia questão... como expressar, comunicar, produzir sentido nas pesquisas fraturadas, esburacadas, onde faltam nomes e totalizações? Por mais que, em alguns instantes, estivesse parcialmente satisfeita com minhas próprias palavras e explicações, elas eram sempre momentâneas. Na próxima vez que me perguntassem, não lembrava mais exatamente o que fora dito, ou já tinha outro ouvido a escutar, no qual as mesmas palavras não ressoavam igualmente. A questão sempre permanecia...

Certo dia, um residente de medicina me encontra e, ao me refazer a pergunta sobre a pesquisa, ele mesmo retoma de sua memória. Aliás, remonta um sentido inventado... “Ah, sim! A tua pesquisa é sobre esses bebês prematuros que ficam no limbo, né?! Lembrei!”. Sem concordar exatamente, sorri e fiz um movimento afirmativo. Estava ali o objeto da pesquisa, a própria criação que se fazia possível, os sentidos que se poderiam inventar, a partir das afetações no trabalho clínico na UTI Neonatal. Naquele dia, passei a pesquisar o limbo.

Tomada pelo limbo, fui buscar tal palavra no dicionário:

Limbo: 1. Orla, bordo, rebordo. 2. Rebordo do disco de um instrumento de medição, sobre o qual é marcada a graduação angular. 3. *Morfol.* Porção laminar, ampliada dos órgãos foliáceos, como a própria folha, as pétalas, sépeas, etc. 4. *Rel.* Lugar onde, segundo a teologia católica posterior ao séc. XIII, se encontram as almas das crianças muito novas que, embora não tivessem alguma culpa pessoal, morreram sem o batismo que as livrasse do pecado original. 5. *Fam.* Lugar para onde se atiram as coisas inúteis. (FERREIRA, 1986, p.1032).

No lugar onde se atiram as coisas inúteis, das crianças ainda não batizadas e já pecadoras, nossa pesquisa vai buscar potências desconhecidas. Na borda, na beirada. Onde não temos simplesmente os corpos orgânicos fragmentados e parcializados do hospital endurecido, nem tampouco somente proposições significadas e designadas da ciência, falando em nome de um eu pesquisador imponente e legitimador da verdade (DELEUZE, 2007). Pesquisa no limbo, pelo meio.

O problema, a beirada, se coloca como tal, na medida em que não se resolve. Ele é a própria prioridade na nossa pesquisa (MACIEL, 2007b). Na dúvida e inquietação, abrimos outro campo de experimentação clínico e de investigação. Questão que nega comprovar ideias antecipadas, ou ideias verdadeiras para todo o universo hospitalar em todo e qualquer lugar. Nesse sentido, um primeiro movimento deste trabalho é a abertura. Abrir-se para um corpo estranho, ou melhor, para o que emerge de estranhamento, ao nos deixarmos afetar por outro naquela singularidade específica. Cavar buraco nas paredes brancas, frestas nas portas lacradas.

Na pesquisa, no hospital e na clínica, o método a ser afirmado é sempre este: abertura. Abertura para a vida que, segundo Rolnik (2006) é o principal critério do cartógrafo. Ampliação dos olhares, transversalidade, que é justamente o grau de abertura que não é pertencente a nenhuma disciplina, limite entre saberes e poderes onde a invenção acontece (BENEVIDES, 2005).

Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal (BENEVIDES e PASSOS, 2005b, p. 393).

Sem perspectivismos, sem buscar ver o objeto de vários ângulos distintos, mas compreendê-lo como múltiplo em si. Complicação que é, ao mesmo tempo, o Uno - da substância que o compõe - e o múltiplo, variação singular, única e diversa de composições daquele ser existente. Objeto de pesquisa em relação constante conosco e, por isso, já é sujeito-ativo. Neste caso, se calcamos nossa metodologia nos encontros que nos afetam e podem produzir conhecimento, também nos fazemos objetos de pesquisa no hospital. Não há um objeto externo a ser conhecido isoladamente, não há um conhecimento a ser produzido assepticamente. Inevitavelmente, estaremos infectados, contagiados pelos afectos e pelas bactérias advindas das singularidades das composições. Pesquisamo-nos também.

Ao objetivarmos conhecer rupturas e irregularidades, nos deparamos com a necessidade de fissurar e adentrar as brechas existentes na UTI Neonatal, mas também da academia, que nos impulsiona a uma tendência generalizante e calcada simplesmente na sabedoria imitativa dos livros. Furar significações científicas, pedintes da verdade incontestável, passível de reprodução e amarrada a procedimentos já estudados e comprovados. Obviamente, não queremos aqui promover uma grande invenção metodológica, pois o campo das grandezas, muitas vezes, se presta às repetições e ampliações. Desejamos afirmar um método pequeno, reinventado na dimensão das singularidades das composições que foram e puderam se produzir nesta pesquisa específica. Saber local, singular e que, mais do que ser reproduzido, quer produzir e comunicar. Criação de territórios cartográficos e não reconhecimento de territórios já construídos, já mapeados e fotografados (KASTRUP, 2007).

Metodologia e pesquisa se aproximam da criação e da produção, habitando zonas de indiferenciação permeadas por muitos campos de saber, pelo conhecer que, ao se afetar pelo outro, se estremece e indiferencia. Certa anexatidão, segundo Maciel (2007b), cuja prioridade é aquilo que se deforma, a partir do acontecimento. Faz problema e força a pensar no encontro. O método da pesquisa coincide com um método da vida, afirmados por Deleuze e

Spinoza em seus estudos pragmáticos. Por isso, nos coloca como próprios objetos de pesquisa, trazendo desafios, pois, ao estarmos imersos no próprio campo, temos, ao mesmo tempo, a possibilidade de nos conectarmos mais intensamente, ou de sucumbirmos aos modos predominantes, perdidos em meio a tantas formações molares. Para tanto, conhecer sensivelmente exige rigor e procedimentos.

Diante de tal método que resgata a sensibilidade das experimentações e dos aprendizados impulsionados pela vida, pratica-se a abertura e afirmação da vida, critério e princípio do cartógrafo. Abertura do corpo pesquisador para se afetar pelo seu campo, pela clínica no hospital, pelos bebês que, de tão fragilizados, voltam para si todos os focos da ciência. Mas, aqui, a abertura não é simplesmente, convocar o olhar, mas o olfato, o tato, a escuta, ativando todos os sentidos possíveis para que possamos nos conectar com intensidades sensíveis e não somente com as formas visíveis. Colocar o corpo vibrátil em cena, sugere Rolnik (2006). Abrir o corpo às afecções, a essas deformações que vivemos ao nos encontrarmos com outro ser individuado. A afecção é propriamente isso, efeito de encontro (DELEUZE, 2008).

A partir de tais transformações, produzem-se signos, afetos que nos dizem das variações da potência. Ou seja, não fomos buscar determinado signo de pressão, temperatura do corpo, ou de um cuidado maternal, no sentido de afirmar aquilo que já queríamos encontrar. Abrimos nosso corpo para estes mesmos signos, e tantos outros que apareçam e possam ser sentidos pelo alcance do nosso corpo. Choro silencioso do médico e silenciado do bebê. Pulmão ofegante e diminuto, máquina acoplada, ruidosa e ritmada. O procedimento é o mesmo de um bebê ao nascer. Abrir o corpo e afetar-se pelas parcialidades, signos fragmentários, não unificados por uma totalidade do ser humano.

Ao nos permitirmos abrir-nos para os signos dos encontros, tanto quanto possível, fomos sentindo quais eram os afetos aumentativos da potência, e quais nos decompunham, fazendo-nos minguar. Tínhamos que exercitar um modo de abrir o corpo e de estarmos atentos, para não simplesmente correspondermos ao que as forças tendenciam formar, como categorizar se algo é correto ou errado, se aquele bebê prematuro é fraco ou potencialmente funcional. Não há mocinhas, nem vilões nas histórias narradas. O bebê prematuro, ao estar extremamente aberto, pode ser moldável e investido de diferentes formas. Assim, devemos estar atentos aos signos que se produzem nas afecções, às intensidades que passam, conseguem rachar, vazar, furar e agenciar. Kastrup (2007) nos fala dessa atenção cartográfica

que não seleciona de antemão, não é uma atenção seletiva. É flutuante, concentrada e aberta. À espreita e que ativa as potencialidades que pedem passagem.

A partir de tal abertura, atenta e ativa, buscamos nos conectar com as parciaisidades da UTI Neonatal e adentrar as brechas. Conhecer o que ali nos afetava e, com esse afeto, aumentava nossa potência de agir do corpo e de pensar da alma. O que há de comum entre nós pesquisadores e os ditos objetos pesquisados? Construção de noções comuns é também compreender o que nos une aos corpos frágeis e adoecidos dos bebês, dos profissionais que não alcançam saber e prever tudo, das famílias que não dão conta de sustentar seus lugares idealizados. Quais são as relações desse campo que compõem com as nossas relações e fazem com que, juntos, possamos ser atravessados pelas intensidades impessoais? Ou seja, buscar conhecer e pesquisar é aqui conduzir-se pela própria ética da expansão da vida proposta por Spinoza. Produzir ideias adequadas, não por padrões transcendentais. Mas por ser algo de comum entre pesquisadores e pesquisados, que nos faz expandir, não somente um corpo extenso que quer se salvar da morte orgânica, mas as intensidades eternas e infinitas, diferentemente da duração momentânea e finita de nós indivíduos ali habitantes. Idéias que, além de construir as noções comuns, ao se deixarem atravessar pelas intensidades - potência do corpo e da alma - nos fazem entrar em contato com a própria substância infinita. Método que quer encontrar essa infinitude, essa eternidade escrita por Spinoza (DELEUZE, 2008), duradoura mesmo quando nos desmanchamos enquanto corpo orgânico.

E para construir noções comuns e ideias adequadas, corpo e alma precisam estar abertos, mas também direcionar a seleção dos afetos. Não se selecionam as afecções de antemão, mas sim os afetos aumentativos de potência. Não temos como saber antes o que vai acontecer, o que vai nos alegrar ou nos entristecer. Às vezes, no encontro mais fortuito e repetitivo na clínica hospitalar, me via ultrapassada por um afeto inquietante, diferenciante das repetições apacientadoras. Outras vezes, formava uma idéia que aquela mãe reclamona poderia colocar as formas de funcionamento da UTI em questão, e, na verdade, estava ela simplesmente a incorporar o ataque e defesa tão presente nos embates da saúde. Direcionamento que nos faz complexificar nossa relação com o outro, pois agencia e nos engendra com esse outro, de forma que começamos a perceber composições que são nossas e não mais minhas, ou do bebê, ou do médico, ou da mãe (TEIXEIRA, 2004).

Mas com essa forma de conhecer, corremos um risco: ao entrar numa brecha, cair num buraco negro (BENEVIDES e PASSOS, 2005a). Pesquisar sensivelmente implica desmanchar um *eu* endurecido pelas glórias das pesquisas e do mundo científico, ou um *eu*

que quer afirmar simplesmente suas verdades narcísicas e pessoais. Desmanchamento de territórios instituídos da UTI Neonatal, e desmontagem do *eu* pesquisador. Entretanto, o risco é o do limite da decomposição absoluta. Quando nos encontramos com algo que nos decompõe, que transforma nossas relações de forma tal que elas não mais nos caracterizam, não mais nos pertencem, nossa essência singular deixa de se efetuar enquanto um modo existente. A essência permanece, mas não se expressa mais. Deixamos de existir enquanto corpo extenso. Decompomo-nos de forma que não somos mais um corpo humano vivo e com as funções de seus órgãos concatenadas, mas sim um corpo em decomposição consumido por vermes. Os elementos não desaparecem, mas se relacionam de outro modo X que não somos mais nós mesmos.

Buscamos esse desmanchamento do *eu*, a morte de Deleuze (SCHÉRER, 2000), o *morre-se* impessoal, no qual se desmancha o individual e se dá passagem ao singular. Mas evitamos a destruição da existência, da efetuação das potências. O cuidado, então, é habitar esse desmanchamento, tornar-se outro, sem sucumbir aos modos mortíferos. Querer conhecer, sem querer agarrar (BARTHES, 2003), mas querendo afirmar vidas também. Regra do cartógrafo, conhecimento do limiar de desterritorialização possível (ROLNIK, 2006). Não podemos deixar que a pesquisa, e junto o pensamento, deixem de nos ampliar, simplesmente adaptando-nos às formas instituídas ou anulando novas formas de conhecer, morrendo enquanto seres pensantes e inquietantes. Mas o pensamento só se faz no corpo, que deve se dissolver, mas não se destruir. Risco que exige delicadeza, sutileza e cuidado para não espantar os devires, essas intensidades (ARAGON, 2003).

Em paralelo com a concepção de Spinoza de que temos o corpo e a alma juntos a produzir pensamento, ação e afirmação da existência, Deleuze (2007) fala de um plano das profundidades corporais, aos pedaços, fragmentados, que se junta com um plano das alturas, da língua significada, com as designações e manifestações coladas. Ambos se juntam através dessa fissura que queremos habitar. Fissura arriscada, a do sentido, que somente consegue afirmar um modo de expressão, através da junção entre corpos e proposições. O que se agencia nessa junção é o incorporal do corpo e o insignificável da linguagem. Não mais habitamos as profundidades, onde há somente ruídos e misturas de corpos, mas tampouco estamos nas alturas, a produzir nomeações longe desse corpo. Deleuze afirma que o sentido acontece, sim, às coisas, enquanto extra-ser, mas também precisa da proposição para se expressar, mesmo que a ultrapasse. Neutro que separa e articula, o sentido habita a superfície,

estende-se por uma rachadura estendida e suspendida no instante do acontecimento, do que ali se passa. Habitar a superfície, acompanhar a fissura.

Com isso, quero dizer que precisamos do corpo para efetuar qualquer potência impessoal, mas não o fazemos também sem a linguagem, sem a possibilidade de criar ideias a partir do corpo. Não conseguiríamos produzir uma pesquisa, uma expressão, sem adentrar o campo clínico, vivenciá-lo e experimentá-lo. Mas tampouco, sem escrevê-lo, registrá-lo e transformá-lo a partir das expressões possíveis. A interface com os corpos hospitalares e com os corpos dos filósofos, ditos teóricos, é que nos ajuda a cavar brechas e expressar, produzir conhecimento. Aqui, a fissura que junta corpo e proposições em Deleuze é da mesma ordem da expressão que une corpo e alma em Spinoza.

Guiados por esse critério de abertura, princípio de expansão da vida e regra de habitar o limiar possível sem ultrapassá-lo, construímos um modo de adentrar o dito campo de pesquisa. Primeiramente, utilizamos a experiência de meu trabalho como psicóloga na UTI Neonatal em um hospital da mulher de Porto Alegre. Na experiência, e com o corpo aberto, também utilizamos procedimentos e estratégias inventadas como a escrita de fragmentos, diários de campo, anotações que buscavam expressar as experimentações vividas no campo. Diários momentâneos, diários de lembranças, diários de histórias contadas por outros, diários dos momentos de ensino, conversas, supervisões, atendimentos, reuniões... Nos diferentes espaços que fomos ocupando no hospital, como funcionária, colega, psicóloga, atendente, supervisora de estágio, coordenadora de grupos, paciente, doente, pesquisadora, mestrandia, entre tantos outros, fomos buscando selecionar os afetos e as brechas possíveis de potencialização através da linguagem, da escrita aos pedaços. Seleção de intensidades, cenas, encontros inquietantes e que, mesmo após certo tempo e distanciamento, insistem e ganham existência nesta dissertação.

Metodologia cartográfica, guiada por uma narratividade intensiva do caso clínico, inspirados por Barros e Passos (2009). O dispositivo que se apresenta, então, nesse modo de pesquisar é um caso que, ao ser narrado de forma intensiva (e não extensiva), busca não aquilo que há de abundância e se repete - marcando uma identidade do caso, mas sim o que o decompõe enquanto indivíduo, conectando-o com a impessoalidade. Desmontagem do caso que quer extrair as micro lutas nele trazidas à cena, “formigamento de mil casos ou intralutas que revelam a espessura política da realidade do caso” (BARROS E PASSOS, 2009, p. 161). Falar, através do caso, dos vetores do coletivo, de uma vida intensiva que nos compõe. Abrir nossas vias de conexão com o caso, através de diversos sentidos, para além da triangulação

familiar burguesa e da relação apacientada hospitalar, desestabilizando e possibilitando a liberação de fragmentos intensivos. O caso, aqui, se torna propriedade de si, mas também abertura para a impropriedade, impessoalidade, dissolvência.

Tal narratividade é guiada por uma desterritorialização que busca habitar a borda do sentido, nos conduzindo a um plano de constituição e não a outros casos individuais. Nessa impessoalidade que nos implica necessariamente enquanto pesquisadores, trazemos como ética da pesquisa essa de uma escrita menor, desterritorializada, minúscula que ganha plano de expressão no bebê em encontro conosco na UTI Neonatal, enquanto um personagem que faz emergir um conceito de vida, uma vida e uma pesquisa.

Nessa escrita menor que visa conhecer e produzir uma clínica minúscula, é a própria dissertação e pesquisa que formam um corpo. Corpo frágil do pesquisador, da escrita inacabada e incompleta. Fraquezas nossas, ao conhecer, que nos conectam com as fragilidades presentes no campo da UTI Neonatal. Possibilidade de encontro a partir da desterritorialização comum. Habitar a fissura, a fragilidade e o risco nela existentes, para conhecer o que há de mais potente na vida e na clínica, e expressar, produzir sentidos.

7 SOBRE LINHAS DE FUGA: PRODUZINDO CORPO-PENSAMENTO

Un hombre del pueblo de Nequí, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo. A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos.

--- *El mundo es eso – reveló -. Un montón de gente, un mar de fueguitos.*

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena al aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.” (El Mundo, GALEANO, 2010, p.1)

...Mais uma terça-feira começava e, conforme combinado, iríamos realizar o Grupo de Apoio aos Pais da UTI Neonatal. Passara-se aquele tempo em que o grupo de pais era somente da psicologia... Fragmentado, dividia as questões surgidas no grupo e o ambiente de onde emergiam, assim como o que deveria ser direcionado ao psicólogo, à equipe médica e de enfermagem. Cuidado de filhos e cuidado de pais. Triangulação ocupada pela psicologia que se coloca, prescritivamente, como intermediária entre equipe e familiares, reproduzindo as relações triangulares da família. Um estabelece as regras e limita, o familiar reclama ou não entende o porquê destas, e o conciliador amansa, esclarece.

Explodimos o triângulo e fomos, aos poucos, compondo uma equipe de coordenadores para o grupo, mesmo que alternados. Espaço difícil, querido por poucos, mas visto como importante, necessário e pertinente, num contexto em que as ouvidorias familiares aumentadas denunciavam a pouca comunicação entre trabalhadores e família. Enfermeiras e médicos residentes coordenavam o grupo comigo, forçando novos formatos e abordagens. Nas sensações expressadas nos rostos duvidosos, medo, angústia por não saber o que fazer com as perguntas e desabafos das mães; sensação de não estar trabalhando, diante das valorizações que o trabalho impõe no hospital, e das divisões de tarefas previstas. “Como assim, estás querendo delegar teu trabalho para nós?”. Mesmo valorizando o espaço, a junção era desconfortante. Certo dia, um dos residentes de medicina me disse, num tom convidativo e brincalhão: “Já que agora estamos coordenando o grupo contigo, e também sentamos para discutir e estudar o modo de lidar com os pais, quem sabe tu não vai comigo fazer aquela punção de medula?”. Ri, compreendendo as forças que fazíamos para romper as fronteiras. E fui.

Nesse contexto do grupo, geralmente nosso instrumento de trabalho eram a escuta e a fala, bastante confortáveis para mim. Os pais tiravam dúvidas sobre procedimentos, rotinas, sobre os bebês. Muitas inclusive desconhecidas por mim, mas bastante familiares aos médicos

e enfermeiras. Compartilhavam angústias, alegrias e tristezas. Tratávamos dos sentimentos envolvidos no nascimento e internação do bebê, orientações sobre cuidados, procedimentos, amamentação, entre outros. Havia uma procura constante de participação por parte dos familiares, mas principalmente das mães que passavam o dia com seus filhos. Em princípio, um dispositivo de grupo bastante comum nas Unidades Neonatais, mas com a vontade de fazer junto, experimentar as trocas entre diferentes linguagens.

Na sala de espera, onde realizávamos o grupo, uma faixa com animaizinhos cor-de-rosa e azuis, cartazes pelas paredes dando informações e explicando regras, assim como cartas de pais que por ali passaram. Cansados da fala repetida de alguns pais e buscando encontrar um ponto de encontro entre nós profissionais, nos propusemos, certo dia, a trabalhar com imagens de revistas, selecionadas pelos pais do grupo, para que expressassem seu momento. Em verdade, os demais profissionais explicitavam, muitas vezes, certa falta de uma concretude, tão comum nos hospitais e tão distante, por vezes, na psicologia, para operacionalizar ou disparar outras conversas no grupo. Ficava muito receosa, preocupada em não cair nos chavões e clichês psicológicos de recortar revistinhas, para que as mãezinhas falassem de seus sentimentos já conhecidos. Imagens nas famosas dinâmicas de grupo psicológicas utilizadas como recursos representativos. De fato, era bastante difícil reinventar possibilidades no coletivo de coordenadores, diante de tantas tarefas já prescritas. Propusemos-nos a experimentar essa pequena mudança nos dispositivos do grupo, mas estávamos atentos, a fim de que um novo distanciamento não se produzisse com “dinâmicas”, nas quais os participantes simplesmente respondem às expectativas dos coordenadores de psicologizar¹ as subjetividades.

Retorno aos escritos daquele dia:

...Início a rotina diária: tomar café no hospital, bater o ponto, subir escadas, chamar pacientes no ambulatório. Nos primeiros atendimentos, três mulheres-mães fazem zumbidos em meu ouvido: onde errei? Devo carregar por sempre esta culpa? Geni perguntava-se sobre quando teve os filhos, sem se enxergar como mãe. Lugar aparentemente entregue ao pai, lhe restando a culpa e a vitimização. Outra paciente, empurrada ao mundo materno aos 13 anos - ao ser vendida a um 'marginal' pela mãe, em troca de favores - relata suas tentativas de ser uma mãe menos aterrorizante, e a perda de dois dos três filhos neste caminho criminoso. Agora, este homem marginal retornava no filho que parecia - tão pequenininho - não

¹ Psicologizar, aqui, refere-se a reforçar os modos de subjetivação individualizantes, privatizantes, no sentido de colocar para fora o que essencialmente é tido como interno. Tal termo faz uma crítica à função historicamente ocupada pela psicologia de tornar psicológico, localizado numa alma interiorizada, aquilo que é da ordem dos afetos, dos encontros com o outro e que se dobra a partir dessa conexão com a exterioridade.

enxergar as armas e balas que mataram seus irmãos. O distanciamento desse filho sobrevivente lhe remete à sua luta para se distanciar deste mundo “marginal-assustador” que, na verdade, sempre foi seu mundo. O choro é o único que ganha espaço neste momento, e a culpa toma conta, mesmo que ainda persista a dúvida sobre o erro ou acerto. A terceira, uma mãe que teve que morrer para fazer nascer. Falando do momento do parto, no qual um erro técnico lhe arruinou, fala desse ser mãe que até agora só lhe trouxe perdas. Uma quase-morte no parto, e uma quase-morte na filha prematura com síndrome de down. O anúncio de uma nova cirurgia aproxima a morte novamente, já que abrir-lhe outra vez o ventre parece um caminho sem volta.

Costas encurvadas, lágrimas de culpa, cabeças abaixadas. Sofrimento que tentávamos, juntas, perfurar. Mãe e morte insistiam no meu ouvido. Uma sempre puxando a outra: o que morre no ato de ser mãe? Ou, será que algo precisa morrer, para nascer outro algo-mãe? Ao menos, a culpa nestas mães (colamento culpa-mãe) mata algo da vida em potência, das possibilidades que estão nesse ser mãe ou outros seres alguém-mãe.

Enfim, minhas divagações me levam para outro espaço. Neste mesmo dia, vou para o grupo de pais da UTI Neonatal. Hoje tínhamos planejado algo diferente, em princípio, apenas sutilmente. Mudança de instrumento bastante banal nas práticas grupais, mas resistente em acontecer até então. Outro recurso, talvez mesmas expectativas. Não sei, possivelmente tivéssemos intuições adormecidas, desconhecidas por nossa consciência. Cíntia, a enfermeira, e Alexandre, o médico residente, eram meus parceiros neste encontro e toparam o desafio, sem imaginar – assim como eu – quanta intensidade este dispositivo poderia acionar. Ele comenta: “O grupo vai ser bom e tranquilo, porque os bebês estão estáveis em sua maioria”, carregando a ideia de um encontro calmo.

Chegamos à sala e algo de estranho começa a acontecer. Um número enorme de mães se faz presente e temos que encontrar outra sala. Nem me lembro quantas eram, já perdi as contas. Descontrole, orgulho com medo, vontade de estancar, pedir para Cíntia parar de convidar as demais mães. O grupo aí começa a se diferenciar. Iam chegando aos montes, em grupos, invadindo o próprio espaço. Fomos para dentro da área da UTI que abriga o projeto Mãe Canguru, nos acomodamos e, com os ânimos aparentemente acalmados, demos seguimento ao encontro.

Propusemos os recortes e as mães toparam, iniciando as escolhas de suas imagens imediatamente. Tamanha disponibilidade começava a abrir brechas para algumas passagens. Em meio aos barulhos de tesouras e folhear de revistas, se ouvem alguns chorinhos. Outro

diferente se instaura: havia bebês de corpo presente ali, adormecidos e atentos nos colos das mães-cangurus que também participavam. Fronteiras um pouco rompidas, já que o grupo geralmente se passava na sala de pais e não de bebês, distanciando o choro dos filhos e focando na fala de mães.

Primeira imagem. Avião. Pesado, mas suspenso no ar, anuncia a alta próxima de um bebê. Está prestes a voar, diz Marlize, a primeira mãe a se manifestar. Diversos aviões por decolar se apresentam, resgatando esse momento de internação. A equipe é enaltecida pela possibilidade de salvamento desses pequenos corpos. Felizes e sorridentes. Orgulho nosso, atravessado por um vento inquieto, trazendo dúvida e receio com tamanho elogio e gratidão. Aceitávamos, mas nos perguntávamos... somos nós os responsáveis por tudo isso? Haveria outras potências ali em jogo que não a nossa força de técnicos para salvar bebês? Ao mesmo tempo, tais falas vinham carregadas de afeto, sem a assepsia dos bons costumes que nos força a agradecer. Lágrimas alegres. Contagiavam a enfermeira gestante sensibilizada, ensaiando a maternidade.

Imagem a seguir: atleta. Força e coragem. Marcas de uma mãe que se vê vitoriosa. A internação e o parto prematuro testavam a força e os laços da família até então afastada. Surpreendia-se com a potência daquele bebê que lhe fez sentir mais forte, mas também com a sua, vendo-se como uma guerreira. Deslocávamos o palco dos profissionais para as mães. Mesmo em figuras atléticas que impõe um padrão de forças competitivas, resistência e vitória, diante de tamanho apacientamento hospitalar, não eram pouca coisa. Mistura de potência e poder. As glórias começavam a circular. Enaltecer a forte mãe nos dava a possibilidade de ficarmos menores, cavando novas frestas, fugas de nosso próprio lugar de trabalhadores sabedores.

Entretanto, à medida que íamos conversando sobre as inúmeras imagens, tais deslocamentos, cada vez mais frequentes, dificultavam localizar vitoriosos e perdedores, fortes e fracos, doentes e saudáveis. Imagens intensivas, potentes por seu contágio, começam a surgir, dissolvendo suas formas na lembrança, mas deixando os efeitos dos afetos em nossos corpos. Arrepiam-se os pelos do corpo. Vento que passa, nas brechas de cadeiras amontoadas, suspende, sutil, sem arrasar territórios.

Alexandre me olha e sussurra bem baixinho... “Essas são as mesmas mães que conhecíamos até então?”, impressionado com as produções criativas e conexões. Outra imagem: retalhos. Bebês, equipes, mães. Fragmentos de encontros, junções nas colchas de retalhos que tentam se armar. Uma mãe refere o sentimento de acolhida da equipe, mas

coloca as demais mães como principais referências de apoio diante de tantas divisões, dissociações. Contágio se esparrama horizontalmente, sem preocupações hierárquicas. Imagem em sequência: mãos-mães unidas e a imagem de Deus. Mesmo em meio às idealizações produzidas, Deus aparece ao lado de mãe, de mão, numa sucessão de imagens, disparando um choro que interrompe sua fala. Choro, não de tristeza ou alegria. Intensidade não pertencente mais à mãe Janaína. Atravessava o encontro, molhando peles ressecadas pelas lavagens de mãos. Derramavam-se palavras, pelos olhos, escapadas da boca. Densidade de figuras, sucessão de imagens, palavras, lágrimas, olhos arregalados, surpresas.

Outra imagem se acopla: o relógio. Luta contra o tempo, constante na UTI. Seu bebê piorara inesperadamente. Tempo sempre ali, passado, presente e futuro. Já passado nas altas anunciadas. Suspenso e intenso, demorado a passar nas internações presentes. Ou então o tempo futuro, da promessa ou surpresa do que está por vir. Outra mãe engata no tempo e fala dos gêmeos que lhe exigem este em dobro. Deixam-na precisando de colo que veio buscar. Outras falas vão se colocando e buscando apreender os sentidos expressados ali. Lágrimas, gestos, olhares, figuras e palavras falam por si, afirmam-se a si mesmas.

O horário de almoço das mães nos força a interromper, ou ao menos aparentemente, aquele encontro que insistia em seguir. Tempo do relógio não dava conta de conter um tempo intensivo esparramado pelos diversos espaços. Após o encontro com mães, não conseguimos discutir ou refletir sobre o acontecido, como comumente fazíamos. Surpresa de algo que nos ultrapassou, o estranho em nós se instalava. “Acho que subestimei essas mães. Nunca imaginei que, na humildade e pobreza aparente, pudesse haver tanta possibilidade de expressão. Temos que dar crédito a elas, hein!”, dizia o médico. Surpreendidos com o contágio dos afetos, nada de palavras no livro de registros. Colamos as figuras. Recém agora, me ponho a escrever em busca de expressão...

Nestas palavras do diário, a necessidade de escrita diante de tantas sensações misturadas e densas em um único dia de trabalho. Junto aos bebês na UTI Neonatal, estávamos rodeados por mães e por profissionais que oscilavam entre fixar-se num lugar único e estático ou se movimentar diante do nomadismo das intensidades advindas dos encontros clínicos. Através do investimento precoce na vida, e na figura da criança, ativavam-se também outras sensibilidades. Schéerer (2009) investiga a invenção da infância e suas roupagens, mas fala do surgimento de um sentimento de infância que também se abre,

possibilitando o resgate de certas sensibilidades adormecidas pela razão, que escapam às funcionalidades. Problematisa a forma-homem e contagia o adulto.

De fato, a criança desperta no homem uma nova virtude: a *inocência* da qual este se impregna ao manter contato com ela. Por intermédio dessa virtude, tudo o que parecia ignorância ou fraqueza ganha sentido e valor no que diz respeito à origem, antes da instituição da regra humana, seja ela Natureza, seja Espírito. A criança, objeto da solicitude das *Luzes*, receptáculo de seu saber, instrumento do progresso, torna-se fonte de uma iluminação de outra espécie. Por sua “ingenuidade”, ela escapa da limitação; por sua natureza, ela reúne em si o começo e o fim; ela desborda o tempo histórico no que diz respeito à meta a atingir e ao ideal. (SCHÉRER, 2009, p. 21).

Nessa brecha que se abre na infância instituída, passamos a nos afetar mais pela força da criança, do paciente antes assujeitado, do que propriamente pelas suas fraquezas e limites. Sem sacralizar e profanizar a criança, percebemos, nesses encontros com o bebê na UTI Neonatal, suas mães e cuidadores em saúde, o quanto, apesar das formas conhecidas do hospital disciplinar, da criança como adulto promissor e da psicologização da humanização, estes se abriam menos enrijecidos diante da infância. Bebê necessitado de cuidados, mas que colocava os familiares para dentro do hospital, tendo o poder de trazer mais elementos que precisariam ser controlados e organizados. Entretanto, com algumas aberturas aos pais, aos estudantes, à escuta e às revistas, damos passagem para a diversidade, sendo mais difícil prever e disciplinar os encontros. Algumas linhas de fuga começam a se traçar nesse paradoxo de se aproximar dos bebês prematuros, querendo salvá-los, reforçando as instituições infância e hospital, e, concomitantemente, sendo contagiados por outro tipo de sensibilidade não prevista, que nos toma. Bebê, ao ser ainda incompleto sob o olhar do adulto, passa a ser positivado, abrindo brechas nas estruturas.

Aqui, onde a vida é alvo, o controle escapa. Linhas de dominação e de fuga se confundem, vida e morte se misturam. No encontro com uma vida infantil, ainda não formada, prematura, mas já alvo de muito controle e investimento para sobreviver, é que surgem linhas de escape, rupturas que ativam sensibilidades e potencialidades dentro da assepsia e apacientamento hospitalar. Em meio ao biopoder, poder sobre a vida, surge a biopotência, a potência da vida (PELBART, 2003). Aqui o pequeno dispositivo do encontro com imagens e falas, em meio aos diferentes encontros com o bebê prematuro na UTI, ativaram potências intensivas mobilizadoras de outras sensações não comumente experimentadas no nosso cotidiano de trabalho. Num espaço, em consonância com o contemporâneo, abarrotado de imagens tecnológicas e familiares, pequenos dispositivos, micro encontros racham as paredes e expressam a força do encontro clínico que se abre para

outras imagens, deixando marcas diferenciais. Não éramos nós técnicos que conduzíamos o encontro, mas os contágios de afetos compartilhados entre mães, trabalhadores e bebês.

As linhas de fuga aqui em questão não visam exemplificar a possibilidade de substituir as grandes instituições por outras formas identitárias que sairiam da realidade atual. Não buscamos enaltecer um modelo de sensibilidade em oposição ao modelo da racionalidade científica. Fugas não se impõem como modelos, não dizem de um escape do mundo hospitalar e familiar vivenciado, já que dele fazemos parte, está em nós, nas nossas subjetividades e modos de vida. Tentar sair deste universo institucional por completo seria sucumbir às próprias linhas de destruição, de abolição. Ficaríamos somente chorando, nos desesperando ou destruindo, sem comunicar e produzir vida. Mas é sim o próprio mundo que foge de si mesmo, afirma Rolnik (2006). Brechas, vazamentos que se dobram e desdobram em novos afetos surgidos de dentro dessas próprias relações instituídas. Uma imagem de força diante das fraquezas, ou da colcha de retalhos em revista diante de tantas totalizações e unificações. Contágio transversalizando as individualizações e assepsia. Imagens-intensidades do médico surpreendido por um saber não antecipado ou da psicóloga despreparada para uma dinâmica de grupo “mal-calculada”.

Bebês, mães, enfermeira, médico e psicóloga em roda, abrindo passagem para outras formas de expressar e vivenciar os encontros clínicos na UTI Neonatal. Não simplesmente choro ou palavras, mas afetos ultrapassando o cabimento dos leitos, do caderno de registros ou da fala prescritiva. Afetos tampouco mudos. Em imagens, sons e palavras, iam ganhando composições e diferentes ecos, a partir da coletividade múltipla agenciada nesse pensar sobre a experiência, calcado nas vivências do corpo em relação ali.

Nesse sentido, linhas de fuga nunca serão representativas, como se pudéssemos agora generalizar tal acontecimento para todo e qualquer contexto, afirmando que sempre seriam uma fuga. Escapam-nos também aqui. Tais linhas são intensidades desviantes, e, na fuga de si mesmas, produzem expressão. Desterritorializações traçam linhas de derivação, desmancham durezas representativas e criam. Devires que produzem expressão, não em torno do que é vivido por cada pessoa, mas nas relações, no encontro (SCHÉRER, 2005). Para Deleuze e Guattari (1997), estamos sempre atravessados por essas intensidades, os devires, que não são formas atualizadas, não formalizadas nos corpos extensivos. Forças impessoais, a todo instante, batendo às nossas portas de corpos orgânicos, tentando passagens intensivas, buscando escapes para construir outros modos de expressão.

O devir pode ser pensado em paralelo com o conceito de potência eterna e intensiva, igualada a essência e existência em Spinoza. Tanto para Deleuze e Guattari (1997) quanto para Spinoza (2008), somos compostos por forças essenciais que nos atravessam e impulsionam as formações e individuações que vão se dando. Deste modo, o devir nunca é da ordem da pessoa, do bebê, do médico, da mãe, do indivíduo. Perpassa todos os seres animais, máquinas hospitalares, paredes brancas, jalecos, portas e prontuários. Tem a ver com a intensidade e, por ser impessoal, não é localizável. Assim, não podemos afirmar que buscamos capturar o devir ou isolá-lo como objeto de estudo e dizer: aqui está o devir!! Não! Desejamos nos manter abertos, sensíveis, não aprisionar, mas deixar passar.

Aqui, colocamos em análise encontros que foram ganhando força e expressão e, a partir da nossa intuição, nos fazem perceber os efeitos dessas intensidades e forças no corpo. É somente pelo efeito das afecções, que se tornam afectos e também nos forçam a pensar com o corpo, que podemos intuir os devires a nos atravessar. Paradoxalmente, buscamos o que há de mais impessoal, mas, concomitantemente, mais singular nos modos de agenciamento e expressão únicos.

O devir é, deste modo, intensidade, afirmando-se a si próprio e não buscando correspondentes por imitação, identificação ou imaginação. É pura realidade, sem cópia e reprodução, apenas contágio.

(...) como um devir não tem sujeito distinto de si mesmo; mas também como ele não tem termo, porque seu termo por sua vez só existe tomado num outro devir do qual ele é o sujeito, e que coexiste, que faz bloco com o primeiro. É o princípio de uma realidade própria ao devir (...) (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 18).

Contágio e aliança são propriedades do devir. Possibilidade de afectar, de forçar passagens, criar expressões, a partir dos encontros. Agenciamentos que não são mais os das instituições família, nem do Estado, ou religião. Mesmo transpassando tais formações históricas, em meio a elas, rompe com os efeitos esperados e contagia sem pessoalizar as afecções em sentimentos.

Ninguém pode dizer por onde passará a linha de fuga: ela se deixará atolar para recair no animal edipiano da família, um reles cachorrinho? Ou então cairá num outro perigo, como virar linha de abolição, de aniquilamento, de autodestruição (...)? (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p.34).

Assim, nessa clínica experienciada, no encontro com o bebê, nos tornamos também um pouco crianças, ao sermos atravessados por um devir-criança que nos desloca de nossas formas costumeiras. Entretanto, falar de um devir-criança não é nos tornarmos criança nas formas instituídas que a infância adquire. Trata-se de afirmar que, no encontro com o bebê e seu aparato institucional no hospital, nos deixamos atravessar por essas forças impessoais, sentidas onde nossas instituições, razões e previsões não alcançam. Deleuze trabalha com o

conceito de devir aliado às minorias: devir-criança, devir-mulher, devir-animal, devir-imperceptível. O devir é sempre minoritário, pequeno, sem querer se totalizar. Indefinido mas não indeterminado, já que, ao sermos corpos de passagem para esses devires, estamos determinados pela potência impessoal e essencial que marca nossa singularidade.

Deste modo, Deleuze se aproxima da criança e do bebê para pensar nosso encontro com essas forças intensivas. No hospital, um espaço de grandes extensões, onde os corpos orgânicos são enaltecidos, nos conectarmos com intensidades e forças deformadoras não é uma constante. Até porque os devires não se capturam, ou, quando são tomados pelas instituições, deixam de ser devires e outras linhas de fuga passam a se construir. Assim como Deleuze, no nosso encontro com a criança, aqui o bebê prematuro na UTI Neonatal, fomos nos conectando com uma fragilidade do corpo humano e do que é ser humano. Encontramos aquele corpo pequenininho, frágil, cheio de cuidados. Mães, sentindo-se impotentes e incapazes de dar vida aos seus filhos, se entregavam ao saber da ciência que tampouco tudo alcança. Neste cenário, no qual tínhamos todos os equipamentos tecnológicos, saberes médicos e psi, não dávamos conta de compreender e explicar, racionalizar aquele encontro em grupo com mães e bebês e nos víamos também diminutos e necessitando de acolhimento.

Em torno do bebê prematuro, ativavam-se outras sensibilidades em nós adultos e, com isso, não só mais o bebê era frágil, sem consciência e aberto às afecções. Nós também. Entrávamos numa zona de vizinhança com os bebês, invadidos por um devir-criança. Permitíamos-nos experimentar outras sensações, outras estratégias, outros olhares. A experimentação aqui se apresenta como uma importante marca do devir-criança. A criança experimenta, vai exercitando suas potências, se acopla com o meio ao seu redor para explorá-lo. Não quer imitar o pai e a mãe simplesmente, buscando identificações. Usa os adultos para conhecer, investigar, experimentar sensações (DELEUZE, 1997). Por ainda não ter as armaduras da subjetivação organizadas na figura de um eu racional, sujeito, a criança brinca, experimenta.

Nesse encontro de grupo com mães e bebês, assim como nos afectos despertados do encontro com Sabrina e seu bebê, abríamos uma brecha de experimentação. Conhecíamos, todos nós, um pouco daquele ambiente, daqueles outros corpos ao nosso redor. Mas, cuidadosamente, íamos nos arriscando a explorar outros caminhos não tão usuais, mesmo que suportáveis e não destruidores. No grupo, as mães não só reclamavam do atendimento ou nos colocavam no lugar dos únicos sabedores, e sim, afirmavam suas sensações, sua experiência, expressavam seu conhecimento naquele instante. Convocavam-nos a pensar com elas. Nós

trabalhadores, nos autorizávamos momentaneamente - ou éramos invadidos pelos afetos que não pediam licença - e abríamos alguns pequenos espaços para outros modos de conduzir um grupo, de conversar com mães, de clinicar no atendimento aos bebês.

O bebê, então, se coloca como um personagem dessa clínica que quer esburacar as formas racionalizantes e modelizantes de produzir vida. Personagem que faz emergir um conceito vivo, em ato, que faz evidenciar a impessoalidade e coletividade que nos compõe, mas, muitas vezes, diante de tantas armaduras, não enxergamos (LECLERC, 2002).

Por exemplo, as crianças bem pequenas se parecem todas e não tem nenhuma individualidade; mas elas têm singularidades, um sorriso, um gesto, uma careta, acontecimentos que não são características subjetivas. As crianças bem pequenas, em meio a todos os sofrimentos e fraquezas, são atravessadas por uma vida imanente que é pura potência, e até mesmo, beatitude (DELEUZE, 2002b, p. 14).

Aqui, percebemos o quanto não é a vida que nos pertence, ou que é possuída pelo bebê, até porque, em sua prematuridade, duvidamos da sua possibilidade de possuir a vida. Mas sim, somos nós que fazemos parte da vida. Vida que amplia o significado orgânico e perpassa esse campo de todo o vivo, de tudo que pulsa, que afeta, que busca expressão. Vida, aqui, altera o sentido da palavra que vínhamos utilizando até então: individual, orgânica, dependente das configurações e encontros daquele corpo específico. Adquire mais o caminho de Uma Vida, eterna, essencial e constituinte, mas muito real quando se compõe com corpos orgânicos que se individualizam, construindo planos de consistência. Somos todos nós corpos em Uma Vida, antes de sermos trabalhadores, adultos, crianças, pacientes ou bebês (DELEUZE, 2002b).

Não objetivamos enaltecer o bebê. Spinoza (2008), inclusive, o tomava como um ser inferiorizado, como os loucos e os sem razão. Afirmava que, mesmo que ontologicamente façamos parte todos de um mesmo plano, não temos as mesmas potências. O bebê, por estar aberto e sem selecionar quais são os afetos alegres e tristes, não poderia guiar autonomamente seu caminho em busca de uma vida expandida, ética. A maior parte da vida que ele tem é referente à extensão, nas regras de proporcionalidade. Como pouco desenvolveu um pensamento, já que não teve muitos encontros com outros corpos e não pôde conhecer o que lhe faz bem ou não, sua existência é marcadamente extensiva, limitada pelo tempo e individualizada naquele corpo. Se um bebê recém-nascido morre, morre com ele a maior parte de sua existência. Assim, o bebê não é um modelo a ser seguido. Pode também sucumbir, morrer.

No entanto, quando morre esse recém-nascido, algo permanece, dura. Luiz (2007), ao analisar o agenciamento Cláudio Ulpiano-Spinoza, afirma que o que permanece é a essência. Tal permanência expressa o que é eterno e a morte não subtrai. Tem a ver com a própria

potência da criança. Mesmo em um grau ínfimo, essa potência se expandiu e está misturada à potência daqueles outros corpos que foram afetados pela essência da criança. “Assim, o poder de subtração do acontecimento-morte não é absoluto. A simples vida que nasce já traz nela, na imanência de sua singularidade, essa invencibilidade que a morte não derrota.” (LUIZ, 2007, p. 150). Deste modo, Deleuze (2002b) resgata a potência do bebê, mesmo em sua releitura de Spinoza. Afirma que, mesmo não tendo construído uma existência do seu próprio corpo produzindo pensamento, carrega a intensidade da potência essencial da qual fala Spinoza. Por isso mesmo, nos convoca, nesse contemporâneo de luzes para as crianças, a nos conectarmos com nossas próprias potências adormecidas pela razão, com nossa própria parte imortal singular, mas intensamente coletiva.

Deste modo, no encontro com esses filósofos e com a UTI Neonatal, queremos também positivar o bebê pela potência de contágio das intensidades que permearam os encontros clínicos. Pudemos perceber a força dos agenciamentos nesse contemporâneo que volta os olhares e focos para ele. O bebê é esse corpo sem história pessoal, com uma grande abertura aos encontros com outros corpos. Nessa abertura, pode se destruir ou se moldar ao esperado alheio, já que condensa potencialidades diversas que, quando formadas, criam moldes humanos. Entretanto, exatamente por essa abertura, também tem um infinito de potências contidas em si, não efetuadas, virtuais.

Tal potência, no entanto, não é somente do bebê que condensa esses infinitos de agrupamentos, multiplicidade. Todos nós somos muitos e temos arranjos provisórios permeados por uma enorme diversidade de relações. No encontro com o bebê, nessas cenas clínicas, experimentamos tal multiplicidade e fragilidade das composições dele em nós. Uma criança, diz Deleuze (1997) e não a criança, indefinido determinado pelo devir, pelas potências impessoais, mas extremamente singulares. E, com isso, percebemos que o acontecido, o contágio é possibilitado exatamente pelo encontro, por essa zona de vizinhança com o bebê em que não conseguimos nos distinguir daquilo que nos tornamos.

Um corpo só pode se expressar, manifestar sua potência, na medida em que constrói relações intensivas, corpos de passagem que diminuem as formas endurecidas para serem atravessados por outras forças. Ao nos aproximarmos da criança e da mãe enquanto potência, quando ultrapassam os limites de expressão e contágio que supúnhamos, nos conectamos também com os limites ultrapassados de nossa clínica. Como poderiam simples imagens de revistas ativar tamanha intensidade? Não eram somente revistas, eram elas no encontro com a nova sala do grupo, o médico novato, a enfermeira gestante, a psicóloga cansada das palavras,

as mães criativas, os bebês prematuros, mas insistentes. Nessa abertura, a possibilidade de devir-criança. Não imitar a criança ou sê-la instituída. Mas no encontro com o bebê, podemos nos tornar outro, atravessados pelas forças infantis que nos habitam. “A constelação da criança opõe forte resistência à sua redução. Seu corpo é um intenso foco de signos e irradia-se para múltiplas direções” (SCHÉRER, 2009, p. 154). Assim, no encontro com o bebê e todo seu aparato institucional, nos deixamos percorrer por forças impessoais e comuns que nos invadem.

8 POR UMA CLÍNICA INFINITAMENTE MINÚSCULA

Cuidadosamente a mão atravessava a abertura da incubadora e encostava seu dedo indicador no pesinho minúsculo cor acinzentada que se via coberto por um medidor de saturação. O pé, enroladinho com esparadrapo e coberto pelo medidor, levemente se mexia, quase imperceptível. A ouvido nu se escutava... *pi, pi, pi, pi...* sinal que dizia de algum signo capturado pela máquina acoplada a esse corpo ainda não totalmente formado. No mínimo, três corpos, ou partes deles, se encontravam ali: mão grande, pé pequeno, máquina barulhenta. Todos no mesmo plano de existência, o dos modos extensivos. Corpos marcados pela extensividade, estendidos no tempo do relógio e no espaço da UTI, cadenciados pelo ritmo compassado do saturômetro. Coleção infinita de corpos infinitamente pequenos se encontrando e se compondo para fazer viver cada um desses indivíduos da cena. Sim, corpos menores que o menor corpo, que o menor bebê que pudéssemos ver à nossa volta.

Já tínhamos alguns indícios do encontro iniciado. Íamos, de algum modo, percebendo os efeitos desse toque aparentemente tão sutil... sutileza que num corpo minúsculo produzia estrondos. Percorrendo o dedo pelo corpinho, vinte e poucos centímetros rapidamente mapeáveis, sentíamos um tubo saindo de sua boca, acoplando um pulmão artificial. Tubo colado com esparadrapo, buscando evitar o menor movimento e deslocamentos possíveis. Na cabeça, onde o cabelo raspado abria um clarão, outro tubo quase que permanente como porta de entrada para exames de sangue constantes. De barriga para cima, o movimento mais aparente e perceptível era o desta que afundava e se levantava, a cada esforço de respirar, impulsionado pela máquina. 600 leves gramas acopladas a máquinas pesadas e ruidosas, em contraste e sintonia simultaneamente. Aglomerados de partes que iam se compondo e decompondo, efetuando modos de existir naquele espaço e tempo. Aqui, ficamos na dúvida se tínhamos três ou dois grandes corpos se encontrando. Mão grande e pé pequeno-máquina barulhenta. Corpo-máquina...

Se olhássemos mais atentamente nos diziam de um só corpo já individuado. Respiram juntos, se alimentam juntos, um traduz as necessidades do outro. A máquina que - na suposta ou experimentada impossibilidade de um corpo humano poder se manifestar funcionalmente - produz significados e decodificações, criando um ambiente de comunicação possível a um determinado leitor ou interlocutor: no caso, a mão(e). Individuações integrantes de outras individuações macroscópicas e assim sucessivamente, formando novos indivíduos, aos olhos humanos, aparentavam unir naturezas diferentes. Na verdade, uma só Natureza,

marcada simplesmente por esse modo de um único atributo extensivo, que nos une às máquinas pelo simples fato de também nos estendermos no espaço e no tempo segundo relações, encontros, de velocidades e lentidões de corpos mais simples. Bebê-máquina: essência efetuada expressando um modo muito particular de vida contemporânea.

Ao lado da mão(e) que o tocava, eu também sem nada compreender... Entrara naquele encontro, um quarto indivíduo e certa pretensão de clinicar. O *tu! tu! tu!* fez a mãe pular na cadeira. Dei um salto silencioso, como que tentando conter minha preocupação, mas meu coração se acelerava, sensível e assustado a qualquer sinal que pudesse emitir aquele acoplamento bebê-tecnologia. O que nos dizia aquele sinal? Mesmo sem saber, eu antecipava: será que fiz algo de errado? Voltava-se para mim um olhar arrependido e uma culpa antecipada, apesar de tantos ditos de que mães devem tocar seus bebês na UTI Neonatal. A prescrição de uma clínica dita humanizada, que receita o toque como uma importante ferramenta na interação da díade mãe-bebê, não nos dava garantia de termos feito algo certo (JUNQUEIRA; LAMEGO; MORSCH; DESLANDES, 2006).

Na brecha de dúvida, resultante do encontro de olhares, impossibilidade de significar, de compreender aquele código. Desviamos então nosso olhar para os lados, buscando outros sinais que pudessem nos ajudar. Tranquilamente, a técnica de enfermagem manipulava outro corpo aparentemente indiferente ao ocorrido, o que imediatamente era traduzido por nós como *está tudo bem*. Tudo bem, digamos assim, se é que pode estar tudo bem. Ao menos não está pior, penso silenciosamente. Precisávamos de um mínimo de território seguro ali, ou ainda, estávamos atravessados pela instituição saúde e hospital que busca com todas suas forças se distanciar da morte orgânica. Ufa! Ao menos não se produzira naquele instante um sinal de alerta generalizado.

Alerta, assim nos sentíamos mãe e eu ao redor daquela caixa transparente que se dizia acalentadora e simuladora do calor de um útero, mas pouco nos lembrava o aconchego familiar de mãe. Encontro de quatro, três, ou infinitos corpos, na beira, no risco de uma possível dissolução. Paradoxo dos encontros que, ao mesmo tempo, se dizem constitutivos e formadores dos sujeitos, e essenciais para o desenvolvimento de um bebê, de uma maternidade, e de um fazer clínico; mas ocupam uma borda que não pode ser ultrapassada se ainda quisermos preservar a efetuação da essência singular de cada um daqueles corpos ali. Aqui, a borda e nosso estado de alerta talvez não expressassem somente uma ânsia de evitação da morte diante dos encontros terríficos, para assim seguirmos com nossos territórios, nossas existências durando. Mas também um temor diante da (im)possibilidade de

efetuar uma essência tão singular em existência, de fazer viver uma vida recém-chegada, por vir e recém-passada, ocupando esse limiar do tempo que não sabemos se vai durar. Extremamente afectados um pelo outro, experimentávamos uma dúvida sobre a potência ou destruição que poderiam advir dos encontros de nossas composições tão fragilizadas naquele momento.

A mãe, curiosa e assustada, olhava aquele ser, buscando algo que se assemelhasse com uma imagem-bebê. Um sorriso, um choro, uma testa a se enrugar... algo que lhe dissesse da semelhança desse rosto consigo ou com o pai. Cabelo escasso, cabeça raspada para facilitar os procedimentos. Os olhos não se viam, constantemente fechados, com raras aberturas sutis, o que talvez lhe conviesse diante de tanta luminosidade à sua volta. Formatos de rosto, dedos, pés e mãos dificilmente identificáveis, já que sua forma raquítica não dizia somente de um tamanho, mas de algo que se pressupõe que ainda não se formou. Queria agarrar alguma semelhança humana, traço que fizesse percebê-lo como produção daquele agenciamento família, sexualidade, infância que estava emaranhado ali. O que se apresentava, entretanto, era um resto de rosto, um resto de significações, tão tênues... borrão de mistura entre o cinza e o bege. A inquietação nos tomava: onde está o bebê? Mantinha-se ali um resquício de criança que nos fazia seguir naquele encontro, sem nos lançar no vazio absoluto de um território totalmente devastado e sem esperanças de criação (SCHÉRER, 2005). Não mais percebíamos somente corpos estendidos no leito, ocupando um tempo e um espaço determinados. Não nos sentíamos apenas como corpos-extensão a nos arranjarmos mutuamente. Um poder de ser afectado por aquela situação nos preenchia de uma forma muito particular... intensidades passando por entre nossas significações desmanchadas produziam outros ruídos antes não experimentados.

Encontros com o hospital intensivo (dita Unidade de Terapia Intensiva), com a biotecnologia, nos lançavam para agenciamentos não tão evidentes ao nascer de um bebê. Não se encontravam ali somente corpos extensivos, mas também intensivos, potências que não se mostravam tão palpáveis nem visíveis, mesmo com os microscópios científicos. Ar sem vento, luz sem sol, silêncio cheio de ruídos... os ruídos, estes sim se faziam perceber nitidamente. Barulho mais do que ruídos naquele instante, máquinas, apitos, conversas... menos choros. A luz intensa também estava ali, sem sabermos a hora, o dia, se dia ou noite. O dito paciente parecia estar tão rodeado de pessoas... uma técnica que, a cada 30 minutos ia observá-lo, media os sinais vitais, mas, mesmo assim, a vida tradicionalmente conhecida por nós parecia muito distante daqueles resultados de medidas. Batimentos cardíacos,

temperatura, saturação de oxigênio e tantos outros. Tantos procedimentos, tanta medição de vida, mas nos perguntávamos, que vida estava sendo medida ali? Por que aquele encontro nos estranhava tanto?

Naquela presença abarrotada de sinais, transbordavam códigos, vazando por entre os pequenos dedos daquele bebê, contrastando com nossas grandes mãos que tentavam tocá-lo sem desmanchar. Encharcamento que nos lançava num vazio de encontrar um bebê que não procurávamos. Encontro e não busca. Não achar o bebê esperado colocava-me diante de uma cena sem uma mãe prevista também. Poderia eu chamá-la de mãe, mesmo sem a certeza de que ela tivesse gerado exatamente um bebê? Um bebê prematuro impunha a necessidade de uma mãe prematura, não completamente formada aos olhos da ciência. Sentia-me também não muito psicóloga... não sabia bem o que fazer com uma dupla quase mãe-bebê. Sentíamos também *quase-bebê*, desterritorializados das formas da infância e de família modernas tão conhecidas. Forças imperceptíveis, rastejando pelos porões do imenso hospital, contagiando e infectando-nos. Pouco sabíamos daqueles códigos, nada parecíamos conhecer daquele pequeno corpo. Num primeiro movimento de desterritorialização, mãe e eu, não habituadas a esse universo da Unidade de Terapia Intensiva hospitalar, simplesmente *estávamos com*² (ARAGON, 2000).

Aos poucos, íamos também nos deixando contagiar pelos códigos e sinais médicos e passávamos a habitar aquele espaço de forma menos tensa, mesmo que isso não estivesse ligado à mudança no dito *estado de saúde* do bebê. Apesar de certa desacomodação que sempre nos acompanhava, os prognósticos clínicos nos forçavam a um pouco de adaptação para poder adentrar e permanecer ali. Tempo prolongado e espaço delimitado davam as coordenadas dos modos possíveis de existência. Habitadas ao ritual, entrávamos por portas distintas. Pacientes e trabalhadores se separavam já no início. Lavagem de mãos com 10 passos, avental cor-de-rosa e aí sim podíamos adentrar as próximas portas que se apresentavam no caminho. Como de praxe com alguém que se diz paciente, ela e o dito bebê esperavam que alguém, inclusive eu, nos aproximássemos do leito. Mesmo enquanto profissional prestando consultoria à UTI Neonatal, ainda me sentia um pouco visita. Não sei se pelo trânsito em diversas unidades, se pela estrangeirice dos códigos mesmo depois de

² “Estar com” para Aragon diz de um acompanhar que implica riscos, pois há um perder-se de si e um lançar-se na loucura de partir. Lugar no qual morre o eu narcísico, impessoal, mas que inclui as pessoas em cena. Trata-se de um sair da identidade de clínico que torna possível a clínica.

tanto tempo ali, se pela distância produzida entre nós cuidadores e aquele que, em princípio, receberia nosso cuidado.

Ao nos contagiarmos pelos códigos e sinais médicos, começávamos a nos situar nesse universo da terapia dita intensiva. O que poderia eu orientar ali? O que fazia a equipe médica e de enfermagem me convocar a estar ali? Até onde sabia, era importante que uma mãe amamentasse, pegasse seu bebê no colo, o tocasse, falasse com ele, assim como sabemos de longa data em psicologia que o aconchego desses primeiros tempos é extremamente importante para a formação de um sujeito, de uma subjetividade dita normal, e para a construção de um indivíduo inserido na linguagem. Neste caso, impunha-se a urgência de uma prescrição psicológica que se afirmava que poderia inclusive salvar esse indivíduo, mas não parecia suficiente. Mãe e eu compartilhávamos dessa mesma dúvida, já que muito do que lhe vinha prescrito, devia, neste encontro, ser desacatado em certa medida. Algumas referências de um cuidado humanizado no qual a voz, o toque, o olhar, o contato, um vínculo adequado entre pacientes e equipe, e um modo de atendimento que desse conta de um sujeito integralmente, em todas as suas necessidades e demandas de saúde, devia ser contemplado. Mas por que humanizar? Quem queríamos tornar mais humanos? Os profissionais, os pacientes? Mas não eram exatamente os homens que teriam construído todos esses aparatos de cuidado em saúde? Não fomos nós mesmos que inventamos essas noções de saúde, de clínica, de trabalho, de sujeito? Aqui, os profissionais se incomodavam com a exigência de humanizar. Além de mais uma tarefa a atrapalhar a organização prescrita do trabalho irrealizável, nos diziam que não éramos humanos! Como assim? Um novo humanismo se impunha, no qual nos perguntávamos o que queríamos salvar, ou que tipo de homem estaria a surgir diante do nosso cuidado, que tipo de trabalhador também queríamos nos tornar diante das relações que se estabeleciam na UTI (FUGANTI, 2009).

Ordem desordenada e certo humanismo desacatado. Tentava eu dizer: *“fale com ele, mesmo sem responder ele lhe escuta, converse sobre o que se passa, divida suas dúvidas e angústias com ele. Na impossibilidade de tocar, fale, sua voz é confortante, tente acamá-lo”*. Sabia da importância das minhas palavras, diante da impossibilidade que aquela mãe se via, como se nada pudesse fazer diante de tantas coisas que a separavam do bebê que tinha imaginado, ou do bebê que fora tentando esperar após tanto tempo de internação hospitalar. Mas algo em nós duas nos fazia desconfiar de minhas próprias prescrições psicológicas. A mãe não falava e não parecia estar aberta e em condição de confortá-lo naquele momento. Quieta e presente, trazia perceptível nas palavras mudas e nos pequenos gestos arriscados uma

desacomodação que não lhe permitia acolher incondicionalmente em aconchego esse outro. Seus olhos indagavam: será que ele escutaria mesmo, se nem os órgãos dos sentidos estão formados totalmente? E com tanto barulho à nossa volta se pode falar em conforto? Poderia ela anunciar qualquer tipo de conforto ou promessa de cura diante de tantas dúvidas que também eram nossas?

Desacatava também as ordens e não me contentava em facilitar o vínculo mãe-bebê como constantemente me era solicitado. Rejeitava a dissociação criada, na qual alguns cuidam do corpo orgânico, outros dos aspectos psicológicos. Que vínculo eu poderia favorecer se entre nós colegas as relações se viam muitas vezes tão distantes e fragmentadas? Na verdade, havia um pedido aparente de dar conta dessas questões, pois algo de bastante desconfortante e estranho fazia com que, em determinadas situações, os médicos e enfermeiras me chamassem. Em seu pedido, me falaram da situação crítica do bebê, entre vida e morte. Mas também muito de si, de certa incapacidade e incompletude num modo de cuidar que deveria ser onipotentemente total. Talvez esperassem que eu fosse a parte que faltava para fazer viver, ou então, para acompanhar um morrer. Não o explicitavam, mas, em pequenas conversas aos corredores, esses rumores se faziam sentir em meus desconfortos e busca de brechas. As demandas da equipe não eram exatamente para aquelas duplas mãe-bebê com dificuldades de vínculos...

Enquanto estávamos ali, do lado do leito, *estando com*, a tão esperada visita de médico se deu. Por diversas vezes, tinha ido ao leito informar, comunicar. Suas palavras compunham uma melodia com frases curtas e monotônicas, embaladas por conjuntos de letras que montavam significados obscuros e indecifráveis aos nossos ouvidos. Alcançava escutar assim: *a saturação tem sido X, os ml de leite Y, e o peso segue, tudo segue, estável, mas sem seguir; o tubo seguirá, mas algo não segue. A evolução não evoluiu, mas também não regrediu. A mãe, roubando as palavras de minha boca, perguntava: mas como é que ele está Doutor? Está bem, melhorou ou piorou?* Ria por dentro um pouco constrangida, mas era o mesmo que eu desejaria saber. Embaralhado ou até certo ponto impaciente, o médico diz: *Ah, pois é mãe, é como eu lhe disse, não melhorou... mas não ter piorado também pode ser melhor. Digamos que dentro desta perspectiva melhorou, mas não se empolgue, podia ter melhorado mais.*

O lugar do médico, de dar resultados e dizer prognósticos, se desacomodava quando sua linguagem científica se desarmava, pois, de fato, as garantias não as tinha. Expectativas de um adulto promissor, no mínimo, estancadas, suspendendo sonhos de uma *quase-mãe* que

quer se orgulhar de um futuro filho gordo e saudável. O médico com seu jaleco branco, ar de seriedade cansada expressa nas rugas e olheiras pós-plantão, não sabia onde colocar os braços. Trazia certo desconforto e constrangimento. Gostaria ele de dizer: *Sim, mãezinha, seu bebê está melhor, conseguimos salvá-lo e ele irá para casa.* Ou então ao menos ter a certeza de que com uma notícia fatal, não precisaria encontrá-la no dia seguinte novamente sem prognóstico de melhora, e assim sucessivamente. Algo se sustentava ali, mesmo que nós profissionais nos sentíssemos tão destituídos de nossos lugares. Mãe e bebê também estavam meio deslocados.

Nossa esperança era a técnica de enfermagem ou a enfermeira, que tanto pareciam compreender aquele universo e tão bem controlar todos os fatores à nossa volta. Chegaram cuidadosamente e pediram à mãe que saísse, pois iam fazer um procedimento. O Procedimento, nome-próprio. Tempo cronometrado e organizado que não dizia do tempo de dormir, acordar e mamar do bebê, mas de tudo que deveria ser feito para que fossem assegurados os procedimentos clínicos de uma UTI. Estranho aquele pedido de sair, não seria exatamente nessa hora que uma mãe deveria estar com seu bebê?³ Ou seria simplesmente outro saber de psicóloga a entrar em disputa, sustentando outras formas, outro ideal imaginário de atendimento dito humanizado no favorecimento do vínculo mãe-bebê familiar? Talvez por medo, preocupação, precaução, prevenção... enfim, algo que bloqueasse a intensidade dos afectos de uma quase mãe ver seu quase filho ser invadido, manipulado, perfurado. No mínimo, algo não muito agradável, não que as demais cenas ali o fossem.

Muita prudência. Seria essa a prudência da qual nos falamos Spinoza e Deleuze (DELEUZE, 2008)? Esta se faz necessária quando queremos ampliar nossas potências de vida, pois, antes de nos encontrarmos com o outro, nada conhecemos; e temos a possibilidade de ter resultados tanto alegres quanto tristes deste encontro, quase ao acaso. A não ser que já façamos um movimento de nos fortalecer buscando selecionar as paixões alegres, que podem ampliar nossa existência. Isso implica construir noções comuns, conhecimento comum, compartilhado do modo como se dão esses encontros.

Que tipo de relação se estabelecia ali entre nós da equipe e os pacientes que permitiam dizer que o profissional sabia qual era o nível de prudência necessária? Eu indicaria que a mãe ficasse, a enfermeira indicaria que a mãe saísse. A posição: a mesma. Distanciamento e submissão do outro às paixões, tristes ou alegres, mas sempre paixões. Talvez a mãe se alegrasse em sair, se entristecesse ao ficar junto ao bebê durante o Procedimento. Mas, de qualquer forma, seriam paixões, idéias inadequadas, pois em nada

³ Realizar um cuidado humanizado implica inserir o usuário e seus familiares nos cuidados, compartilhando decisões, cuidados e responsabilidades.

faziam parte de uma produção de conhecimento comum. O bebê... teria ele possibilidade de apropriação, de conhecimento, se nem ao certo sabíamos de sua potência de se afectar com todo o meio à sua volta? Seríamos capazes de nos afectar e conhecer seus modos de expressão nesse momento? Talvez a prudência dissesse de uma sensibilidade aguçada e sutil em perguntar se gostaríamos de ficar ali. Mesmo assim, talvez ainda estivéssemos no nível das paixões e das idéias inadequadas. Saberíamos o que poderia se passar ali? Saberíamos antecipar, ou já teríamos possibilidade ou vivência de selecionar aqueles afectos? Seriam tristes ou alegres?

Sutilezas no olhar indicavam temor e curiosidade, vontade estranha de participar, de cuidar também, já que diziam que esses eram efetivamente os cuidados mais necessários. Talvez uma pergunta nova aparecesse ou fosse necessário colocar: o que seria feito nesse tal Procedimento? E como proceder no procedimento enquanto procedido? Mas aí, já perderíamos a hora e outros procedimentos que não podiam esperar. Melhor pedir pra sair, ou talvez arriscar e ficar. Teríamos condições de correr esse risco? E, o correríamos sozinhas? Seria um risco também para a enfermeira, que não conhecia o território dos procedimentos acompanhados por mães e psicólogas sem lugares designados.

Tais indagações atravessavam como em instantes condensados no menor tempo possível de ser vivido. E com esses desarranjos em trânsito, alguns lugares e estabilidades pareciam conseguir se manter, nada em desespero, todos calmos. Apesar do *desespero* ser uma casa bastante possível de habitarmos nesse aparente horror do hospital. Desespero ou acomodação ocupam pólos, aqui, de um mesmo possível: estar tomado pelas paixões de forma passiva. Algo sendo, um sem nome nos rondava e por vezes adentrava nossos encontros. Rumores que começavam a perambular pelos leitos e salas da UTI (PRECIOSA, 2010). Discretos não se faziam notar facilmente. Surgiam do encontro de corpos que ali se dava, como que por composições microscópicas que iam se arranjando e desarranjando e nos colocavam num desconforto duvidoso. Um bebê com outras formas nos convocava a buscar forças outras para poder encontrá-lo em suas minúsculas dimensões. Olhar distante da mãe, buscando referências desencontradas. Fala silenciosa da psicóloga que, muda, se cansava de suas próprias palavras. Mãos soltas de um médico que nos bolsos do jaleco não mais cabiam... e controle descontrolado da enfermagem ao qual sempre escapavam não só agulhas, mas também, forças. Linhas de fuga iam se traçando, abrindo possibilidades de não mais ficarmos somente no plano das formas já instituídas, ou num plano de extensões ou da passividade (DELEUZE, 1997). Aberturas para nos conectarmos com as potências de agir,

com nossas potências singulares, de cada um e, ao mesmo tempo, de um comum nessa cena clínica.

Spinoza (2008) afirma constantemente que conhecemos a partir das afecções, elas são o motor que impulsiona a possibilidade do conhecimento e de uma vida ativa. No contemporâneo, após muitos anos da produção de um homem racional, individualizado e distanciado da força das paixões, tal afirmação sobre a potência dos encontros de corpos em nada carrega obviedade. Num ímpeto comum, iríamos simplesmente tudo antecipar. Tudo saber de antemão, tudo conhecer, seja um saber médico, psicológico ou maternal que afirma conhecer seu bebê mesmo em condições tão inesperadas, simplesmente adequando referências imaginárias aos novos encontros. Não deixar advir das afecções a oportunidade de nos conhecermos é calcar toda a construção de uma vida em idéias inadequadas. Evitar e aceitar certa passividade daquilo que já está dado era um território muito provável, sabido por nós no hospital.

Tecnologia que buscou ao longo da história concretizar esse grande saber, que já aparece antes mesmo de nos encontrarmos com os corpos, se construiu como possibilidade sim de conhecimento, a partir de encontros e desencontros de uma época. Mas sua generalização como modo único de produzir saúde nos colocou diante de um caminho aparentemente sem invenção. A busca excessiva de controle, o domínio de uma ciência, dos modos de viver contemporâneos, dos modos de fazer família modernos, entretanto, nunca conseguiram dar conta de um fazer clínico cotidiano que, nas brechas, sempre teve de se reinventar. Deste modo, afirmar e sustentar um desfazimento diante de todas as formas dadas na cena clínica não era pouco. Significava, ao menos, a possibilidade de abrir espaço para as noções comuns, para a construção de outro saber que estivesse mais ligado com nossas singularidades a se expressarem ali.

Não corresponder a um ideal de mãe, de bebê, ou então, um desarranjo com os saberes da humanização e da psicologia que seguem reafirmando a mãe e o bebê clássicos como formas soberanas e únicas de vida. Ou então, uma dúvida do médico diante de tantas certezas, e um descontrole da enfermeira diante de tanto aprendizado sobre como ritmar o tempo e organizar os espaços no hospital. Apesar dos territórios não arruinados totalmente, nos desmanchávamos silenciosamente em nossas dúvidas e possibilidades de nos abirmos para esses afectos que não nos davam a certeza de tudo conhecermos. Graus de intensidade que diziam da potência de afectar e ser afectado daqueles corpos. O bebê, com tantos cuidados, não respondia. Ou ao menos, aos nossos olhos, ouvidos e mãos, não atendia.

Certa vez, entramos com as mãos sujas... acho que esquecemos algum dos 10 passos. Deixamos a janela entreaberta quase por descuido. Vimo-nos invadidos pelos microscópicos e imperceptíveis que pulsavam ali. O médico se mostrava preocupado, pois em nada suas previsões se confirmavam e tampouco se contrariavam. Um choro silencioso expressava a angústia de não poder centralizar o saber tão comumente atribuído a ele no hospital. Simplesmente não sabia mais. A enfermagem controlava somente seus próprios equipamentos de controle, pois de fato nada estava sob controle, já que no encontro com aquele bebê não mais podíamos prognosticar sua dita evolução, e tampouco nossas tradicionais práticas clínicas. A psicologia, por sua vez, cansava-se de somente reforçar a necessidade de humanizar, humanizar o bebê, o médico, humanizar o cuidado. Excesso de humanidade. Ele não se deixava nomear, nem diagnosticar, tampouco se deixava acalentar nos braços calorosos e carinhosos de uma mãe. Esta, por sua vez, simplesmente olhava, olhava e nos dizia muito com aquele olhar discreto e quieto. Na verdade, estávamos um tanto desacomodados, já que nossos atendimentos rotineiros e cotidianos mostravam-se em certo insuficientes. Não que não tivessem sua importância, mas não davam conta de fazer passar os rumores imperceptíveis que começavam a nos incomodar naquele dito caso.

O bebê não continha em si nada de extraordinário. Provavelmente para ele essas nem fossem as questões, tão marcadamente adultas. Em sua anomalia, ou diferenciação da forma bebê, nos colocava numa condição de anômalos também, não nos reconhecendo mais. Assim, não mais nos situávamos num plano de encontros tristes ou alegres, aumentativos ou diminutivos de potência. Começávamos a perceber que nos encontros com aquele indivíduo, nos deslocávamos, começávamos a nos incomodar com nossas próprias formas normais. Poderia ser mais um caso ao acaso, cotidiano e rotineiro se com nossas forças bloqueássemos as intensidades, se, de modo rápido e eficaz, construíssemos novos territórios calcados na ciência, na religião, ou em crenças sobrenaturais. Mas algo daquela inumanidade, daquela vida ainda não vivida a ser tão investida, nos incomodava.

Havia algo de comum nas nossas composições que se arranjavam e desarranjavam, mas ainda nos faziam querer viver aquele encontro de alguma forma. Deveríamos estar fazendo tantos esforços por este bebê? O que nos movia? O que restava desse encontro clínico senão um bebê falho que não respira, não mama e não chora como os demais? Com o que estávamos nos encontrando naquele instante (já que sentíamos que não era somente com esse Bebê, com *B* maiúsculo)? Suspensão de saberes, de formas, de subjetividades arredondadas, lançadas à intensidade do encontro de mãos sujas e sutilmente desprotegidas. A ausência de

fala, mas também de uma linguagem significada, codificada, como o choro, o riso e o balbucio, nos lançavam num universo sem palavras, sem significados. Toque perigoso que nos colocava diante de um paradoxo: o toque pode salvar ou matar? Tamanha sensibilidade e miniaturização nos exigiam uma sutileza inclusive do toque sem mãos, com a pontinha dos dedos, quando até este poderia ser mortífero para o bebê.

O cansaço da grandeza, a dificuldade de que nossas práticas formadas nos satisfizessem naquela situação... tudo isso nos forçava a diminuir os ouvidos, mãos e bocas. Diminuíamos-nos diante de tanta imensidão para tentar nos conectar com algo de muito pequeno e muito intenso que também estava a ressoar em nós. O que é a vida? Que tarefa é essa que nos colocamos de curar pessoas, de formar vidas funcionantes? Por mais debilitados que estivesse aquele bebê e que estivéssemos nós, sentíamos algo que vibrava e tornava necessário outro plano de encontros. Plano discreto que sempre estava ali e não se contentava em assumir o lugar deste, até então mais conhecido. Queria ficar nas beiradas, nas brechas, queria ser um tanto não doente, não classificável, talvez até não tão saudável... “Possuir um corpo estranhado num espaço, aceitando o jogo de dismantelar-se, exige muito” (PRECIOSA, 2010, p. 25).

Em verdade, nada havia de mágico, dramático ou homérico nesses toques e escutas sutis que nos forçamos a fazer. Simplesmente fomos abrindo brechas, nem mesmo voluntárias, que nos tomaram num certo plano comum de incômodo com aquelas vidas, com nossas vidas e com nossos modos de fazer vidas. Quanto poder! Fazer vidas! Não o tínhamos de fato, e talvez, por alguns instantes, não o queríamos. Simplesmente afetar-se, abrir-se para uma escuta que nos dizia de que havia alguma vida ali que não nos pertencia, mas na qual estávamos muito imersos. Afirmação de que há algo naquele encontro, que não a falta. Não a vida determinada por um superior, ou simples organismo perdedor a não se adaptar. Uma vida, vida e corpo que “abriga sons para serem ouvidos. (...) cadências para serem experimentadas” (PRECIOSA, 2010, p.26).

Que possibilidades de encontro, de comunicação, de expressão são possíveis diante de tal cenário clínico? O que pode o corpo do bebê, da família e nosso de trabalhadores nesse encontro? Potência tão informal e infinitesimal que, ao mesmo em tempo que nos conecta com certa infinitude da vida, custa a ganhar expressão possível, audível e visível. Encontros tão sutis que me escapam por entre as letras deste texto.

Contagiados pelas afecções e pela vida que ali nos tomava em comum, certo dia, nos permitimos quebrar os protocolos e deixamos que o irmão mais velho o visitasse, tamanha era

sua curiosidade em conhecer o irmão que em casa nunca chegava. O menino, mais velho, mas ainda diminuto, subiu em uma cadeira e inclinou-se. Queria ver. Olhava por entre as portinhas da incubadora como se janelas se abrissem. Curioso perguntou-nos, voltando o olhar para sua mãe. *Doutor, por que ele não chora?* Insistia em encontrar um modo de se comunicar com o irmão, também um pouco despido do horror de vê-lo tão pequenininho (afinal sempre lhe diziam que ele era bem pequenininho), mas tampouco familiarizado o suficiente para trazer alguma palavra. Começou a sussurrar alguns sons ao pé de sua orelha. Sons que não queriam construir melodia, mas acessar aquela forma de linguagem que era tão estranha e diferente. Compunha versos, paradas e sons que nos faziam vibrar e, aos nossos olhos encharcados, chegavam. Contagiados, experimentávamos naquele instante algum desvio, algo ganhava expressão para aquém de nossas sábias palavras. Troca de olhares, um vento passou pela janela entreaberta. Vida encontrando outra vida ali. Experimentar encontrar-se com uma vida, “suportar a vaziez” como nos diria Preciosa. Talvez aqui, habitar a miudez infinita de uma vida.

9 ÉTICA DA CLÍNICA, ÉTICA DA VIDA

Apresentamos, ao longo desses escritos, algumas aproximações, intenções, desejos de expressar e, com isso, afirmar a força do minúsculo. Positivar as diminuições de uma clínica ou o pequeno tamanho de um bebê prematuro internado nada tem a ver com minguarmos as forças ou nos assujeitarmos às grandezas. Sabemos, e vamos percebendo com as angústias que se produzem nas cenas clínicas, sobre o sofrimento e a dor dos processos de miniaturização e desterritorialização. Deste modo, desejamos sim desmanchar, mas precisamos nos manter numa certa zona, num limiar de organicidade do corpo e subjetivação da alma, de modo a podermos acessar as potências das quais falamos.

A tarefa e a vontade de manifestar tais forças se colocam justamente na ocupação desta borda, habitada sempre arriscadamente. O risco nesse texto é o de estarmos no plano das significações ditas verdadeiras, sem espaços necessários para as criações. Por outro lado, também arriscamos nos mantermos num emaranhado de afecções de corpos sensíveis, mas sem possibilidades de produzir um pensamento adequado, segundo Spinoza, colado no corpo, ou seja, expressão.

Assim, nosso pequeno-grande objetivo foi dar expressão, manifestar as potências impessoais que nos atravessam, que, pelo tensionamento das forças, nos fazem criar modos singulares de existir. Para isso, precisamos e fomos buscar os saberes do hospital, do corpo orgânico, da família moderna, da humanização dos cuidados, do SUS, das políticas públicas, já que é este território que vivenciamos ao longo da pesquisa e da escrita. Trouxemos esse plano de diferentes instituições e saberes que compõem nossas formas de viver e morrer atualmente. Como afirma Aragon (2007), a questão não é mais somente a do limite entre vida e morte, mas dos modos de viver e morrer. Conhecemos as possibilidades contemporâneas de fazer viver e de evitar o morrer, mas nos questionamos sobre como esses processos se dão. Que vidas fazemos viver? Que mortes permitimos morrer? Como vivemos e morremos na UTI Neonatal? O que se passa em meio a estes modos?

Tais indagações, presentes ao longo de toda a pesquisa, não se concluem, finalizam ou fecham. Abrem-se, sim, algumas possibilidades de dar vazão a elas, de fazer com que pensemos a partir delas. Para tanto, demos passagem para as inquietações, surpresas, desvios, fugas do cotidiano que iam nos deslocando dos lugares habitualmente ocupados como pesquisadores, como clínicos-trabalhadores, como pacientes. Nesse abrir o corpo para as afecções dos encontros na cena clínica, fomos nos afetando pelos bebês prematuros da UTI

Neonatal, por sua fragilidade, fraqueza, pequenez. Tais bebês se apresentavam sim como corpos em risco de se dissolverem, fator sempre presente no hospital e intensificado na UTI. Tempo do relógio, da urgência, contra o qual lutamos para salvar vidas apressadas em chegar, mas imaturas para se manterem sozinhas. Tais vidas precisavam de muitos agenciamentos tecnológicos e humanos para se sustentarem.

Assim, afetados por esses encontros clínicos ao redor do bebê prematuro, fomos sentindo a força desses agenciamentos necessários ou produzidos para salvar vidas. Entretanto, com o corpo aberto e também frágil, indagado, duvidoso, diante de tantos saberes e certezas, percebíamos a potência de tal miniaturização. Potência de, ao estar muito aberto, se afetar intensamente e também afetar os outros corpos. Não investigamos assim a fraqueza e apacientamento dos bebês, mas as forças de contágio e afetação mesmo em situações de risco constante e assepsias necessárias. Nesse sentido, a potência do bebê que se quer afirmar na pesquisa não é posse dele, mas nossa também, já que, no encontro com esses bebês frágeis, pudemos perceber as forças que se expressam quando desterritorializações e desmanchamentos das instituições se produzem em nós. Uma vida, e não mais a vida, contendo infinitas possibilidades de composição. Tal multiplicidade e abertura são, ao mesmo tempo, o que nos coloca em risco e aquilo que nos possibilita criar estratégias inventivas de viver.

Abertura, fragilidade, “incompletude”, multiplicidade e potência de afetar do bebê; brechas, desmanchamentos arriscados, dúvidas e força do pesquisador-clínico. Aqui, a possibilidade de nos conectarmos com o dito campo de pesquisa esteve justamente naquilo que não sabemos, onde nossas formas instituídas não dão conta e as forças dos encontros intensivos nos provocam para buscar outros canais de comunicação e expressão possíveis.

Num campo das urgências e grandes riscos, aproveitamos esse limite experimentado, o risco de dissolução dos corpos, para nos interrogarmos sobre a potência do corpo e da clínica. O limite coloca-se como um analisador, e os aparentes fracassos sinalizam movimentos instituintes, sejam eles derrotas do corpo orgânico que não se torna totalmente ou somente funcional, ou do trabalhador que falha ao aplicar sua clínica tradicional (PAULON, 2004). Nessas fissuras, criam-se outras formas de viver e morrer no hospital e possibilitam-se outros modos de fazer clínica. Ao nos afetarmos pelos corpos com os quais nos encontramos, adentramos um campo de fragilidades e potências comuns. Individualidades, sujeitos, pacientes, clínicos, vão se desconstruindo e conexões impessoais se evidenciam, nos

conectando com nosso próprio plano de composição constante, mas invisibilizado muitas vezes.

Ao potencializarmos o minúsculo, o infantil, o provisório, experimentamos outros modos de adoecer, de fazer clínica, de resgatar a potência do corpo. Deste modo, não quisemos abandonar os territórios hospitalares e familiares, mas, em meio a eles, produzir pequenas rupturas afirmativas e potencializadoras. O critério utilizado para conhecer o que define uma potência e a impotência tem a ver com aquele afirmado por Spinoza: a expansão da vida. Nós homens, fazemos parte da Natureza para Spinoza. Ao resgatar a ideia de um Deus que nos causa de forma imanente, igualando-o à Natureza, ele afirma outra ideia de liberdade não ligada a uma vontade superior de Deus ou à vontade racionalizante do homem. Para ele, a Natureza é livre quando pode se expressar, se expandir. Assim, não podemos afirmar uma clínica que quer expandir a existência, no sentido da liberdade em Spinoza, calcado-a somente nas escolhas individuais, conscientes ou delegadas a um ser transcendente. Não há uma única forma de fazer clínica ou de viver, que já estejam dadas de antemão e garantam tal liberdade.

A possibilidade de expandir a vida, de sermos mais livres, diante de tantos aparatos e regras que fomos construindo para viver em sociedade, tem a ver com resgatar a própria potência de expressão que temos nesse plano comum invisibilizado pelas leis sociais criadas. Não há Lei, teoria ou ciência que possa garantir a expansão. A potência de ampliação da vida tem a ver com a própria experimentação do corpo para produzir um pensamento adequado para esta ou aquela situação (ULPIANO, 1990). Assim, Spinoza afirma uma ética que ultrapassa a moral do Bem superior ou do Homem dono de si mesmo.

Tal ética da expansão da vida é resgatada por Deleuze e por nós aqui, no sentido de afirmar outras formas de vida e de clínica menos assujeitadas, menos reféns de um saber transcendente, exterior e que não pode ser produzido por nós. Obviamente, não podemos ignorar que, em tais situações de risco que se colocam no hospital, facilmente nos docilizamos e obedientes depositamos nossas vidas a esse saber da ciência. Entretanto, tais saberes e escolhas científicas não são naturais, neutras, óbvias e também delimitam ou expandem nossas possibilidades de vida de acordo com a forma como se constroem nas relações.

Não propomos então um novo saber, mas pequenas inovações e invenções no limite de saberes e poderes na clínica hospitalar. Macropolítica e micropolítica, clínica e política, individual e social, singular e coletivo são inseparáveis e não se opõem como dois pólos de um mesmo plano. É exatamente por habitarmos esses limites de dissolução que, diminuídos,

penetramos as grandes formações sociais, subjetivas, individuais, para resgatarmos o plano comum e coletivo da experiência clínica, ao mesmo tempo singular. A experiência clínica seria propriamente devolver o sujeito para o plano de produção coletivo, intensivo, plano este de “composição potencialmente ilimitada de seres tomados nas proliferações de forças” (BENEVIDES, 2005, p. 23).

O resgate ao plano coletivo de forças intensivas que atravessam nossos corpos abre possibilidades de fazermos desvios que nos forçam a diferir. É exatamente pelo fato de sermos compostos por partículas infinitamente minúsculas que se agrupam nesta ou naquela forma de relação que temos possibilidade de nos diferenciarmos de nós mesmos. Arranjos singulares, mais autônomos, baseados na experiência e não somente em valores generalizantes. “(...) Fazer política pública - e o SUS é fundamentalmente política pública, porque de qualquer um -, é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela geradora dos processos singulares.” (BENEVIDES, 2005, p. 23).

Minimizamos o bebê e a clínica na luta contra as separações, dissociações, assepsias. Queremos juntar, encontrar, transversalizar disciplinas. Penetrar as grandezas hospitalares e nos conectarmos com essa dimensão diminuta da clínica, ao mesmo tempo imensa pela sua potência. Colocamos então o corpo como ponto de partida e como forma de produção de conhecimento miniaturizado, expressivo, ditado pelas regras imanentes aos encontros que se fazem e desfazem a cada instante.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2002. 207p.

ARAGON, Luis Eduardo P. Criança: ensaio sobre a subjetivação. *Boletim Formação em Psicanálise*. São Paulo, Instituto Sedes Sapientiae, v.9, n.2, jul/dez 2000.

_____. A espessura do encontro. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu (SP), v.7, n.12, 2003. p.11-22.

_____. *O Impensável na Clínica: virtualidades nos encontros clínicos*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007.152p.

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro, LTC Editora, 1981. 279p.

BARROS, Manoel de. *Memórias Inventadas: A Infância*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2003. 62p.

BARROS, Regina Benevides de & PASSOS, Eduardo. Por uma política da narratividade. In: Eduardo Passos; Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia (orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, Sulina, 2009. 207p.

BARTHES, Roland. *O neutro: anotações de aulas e seminários ministrados no Collège de France, 1977-1978*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 444p.

BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*. Florianópolis, v.17, n.2, mai/ago. 2005. p. 21-25.

BENEVIDES, Regina & PASSOS, Eduardo. Passagens da clínica. In: Auterives Maciel Junior; Daniel Kupermann & Silvia Tedesco (orgs.). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria e Mestrado em psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2005a. p. 89-99.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: comunicação, saúde, educação*, v.9, n. 17, mar/ago.2005b. p. 389-406.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, 2005c. p.561-571.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, Ministério da Saúde, 2000. 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança*. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. 238p.

CECCIM, Ricardo Burg & PALOMBINI, Analice de Lima. Imagens da infância, devir-criança e a formulação de uma educação para o cuidado. *Psicologia & Sociedade*. Florianópolis, v. 21, n. 3, set/dez. 2009, p.301-312.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Brasília, 1988. Recuperado em 31 de março, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

DELEUZE, Gilles. O que as crianças dizem. In: Gilles Deleuze. *Crítica e Clínica*. São Paulo, Ed. 34, 1997. p.73-79.

_____. *Espinosa: Filosofia prática*. São Paulo, Editora Escuta, 2002a. 144p.

_____. A imanência: uma vida... *Educação e Realidade*, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, v.27, n.2, 2002b. p. 10-18.

_____. *Lógica do Sentido*. São Paulo, Perspectiva, 2007. 342p.

_____. *En medio de Spinoza*. Buenos Aires, 2ª ed., Cactus, 2008. 512p.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 4*. São Paulo, Editora 34, 1997. 176p.

_____. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1. Orlandi, Luiz B. L. (trad.). São Paulo, Editora 34, 2010. 560p.

DERRIDA, Jacques. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar Da Hospitalidade*. Antonio Romane (trad.) São Paulo: Editora Escuta, 2003. 144p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1986. 1838p.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Roberto Machado (trad. e org.). Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979. p.99-111.

_____. *O nascimento da clínica*. Machado, Roberto (trad.). Rio de Janeiro, Forense Universitária, 6ª ed, 2008. 231p.

FUGANTI, Luiz. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? *Interface: comunicação, saúde, educação*, v.13, supl.I, 2009, p. 667-679.

GALEANO, Eduardo. *El libro de los abrazos*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2010. 272p.

JOÃO. Pro João. *João: Milagre de Deus Blog*. Porto Alegre, 12 de fevereiro de 2011. Recuperado em 01 abril de 2011, de <http://joaoeummilagre.blogspot.com>.

JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva; LAMEGO, Denyse Telles da Cunha; MORSCH, Denise Streit & DESLANDES, Suely Ferreira. Os desafios da humanização em

uma UTI Neonatal Cirúrgica. In: Suely Ferreira Deslandes (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2006. p.261-282.

KASTRUP, Virgínia. O devir-criança e a cognição contemporânea. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.13, n.3, Porto Alegre, 2000. p.373-382.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n.1, 2007. p.15-22.

LAPOUJADE, David. O Corpo que não agüenta mais. In: Daniel Lins e Sylvio Gadelha (orgs.). *Nietzsche e Deleuze: o que pode o corpo?* Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002. p.81-90.

LECLERCQ, Stéfan. Deleuze e os bebês. *Educação & Realidade. Dossiê Gilles Deleuze*. Porto Alegre, UFRGS, v.27, n. 2, 2002. p. 19-29.

LEI N. 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Recuperado em 03 de abril, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.

LEI N.8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Recuperado em 01 de março, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

LEI N. 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Recuperado em 01 de março, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm.

LEI N. 11.108, DE 07 DE ABRIL DE 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005. Recuperado em 3 de abril, 2011, de <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=250683>.

LEI N. 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007. Recuperado em 3 de abril, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm.

LUIZ, Elton. O agenciamento-Cláudio. In: Mário Bruno; André Queiróz; Isabelle Christ (orgs.). *Pensar de outra maneira a partir de Cláudio Ulpiano*. Rio de Janeiro, Pazulin, 2007. p. 149-154.

MACIEL Junior, Auterives. Clínica, indeterminação e biopoder. In: Comissão Regional de Direitos Humano (org.). *Direitos Humanos? O que temos a ver com isto?* 1ª ed. Rio de Janeiro, CRPRJ, 2007a. p.55-62.

_____. Claudio Ulpiano: o filósofo do anexato. In: Mário Bruno; André Queiróz; Isabelle Christ (orgs.). *Pensar de outra maneira a partir de Cláudio Ulpiano*. Rio de Janeiro, Pazulin, 2007b. p. 213-224.

MASSETI, Morgana. *Boas Misturas: a ética da alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 2003. 96p.

MORSCH, Denise Streit & ARAGÃO, Priscila Menezes. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: Suely Ferreira Deslandes (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2006. p.235-260.

MUYLAERT, Marília A. *O Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral*. São Paulo, Editora Escuta, 2000. 111p.

NILDÃO. *Poesia: remédio contra azia*. Coleção Poema Gemeu. (impresso, não publicado).

PAULON, Simone Mainieri. Clínica Ampliada: que(m) demanda ampliações? In: Tania Mara Galli Fonseca & Selda Engelman (orgs.). *Corpo, arte, clínica*. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2004. p. 259-273.

PELBART, Peter Pál. *O tempo não-reconciliado*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998. 192p.

_____. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo, Editora Iluminuras, 2003. 252p.

PORTARIA GM/MS Nº 569 DE 01 DE JUNHO DE 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de saúde. Brasília, 2000. Recuperado em 31 de Março, 2011, de http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atendimento-humanizado/Portaria_569.pdf.

PRECIOSA, Rosane. *Rumores discretos da subjetividade: sujeito e escritura em processo*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2010. 96p.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimento e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, supl.1, 2009. p. 759-768.

ROBERTO H (letra e música), JEAN MONSTRINHO, FELIPE DHAMAS (música). *João e a palma da mão*. (música não registrada).

ROCHA, Cristiane Gonçalves da. *Sobre as mortes de todos os dias: uma experiência de acompanhamento em UTI neonatal*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2010. 135p.

ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006. 248p.

SANT'ANNA, Denise B. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001. 127p.

SCHÉRER, René. Homo Tantum. O Impessoal: uma política. In: Éric Alliez (org.). *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: Editora 34, 2000. p.21-38.

_____. Sem rosto: limites das prerrogativas do eu (moi) na criação – a idéia de mínimo em Deleuze. In: Auterives Maciel Junior; Daniel Kupermann & Silvia Tedesco (orgs.). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria/Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2005. p. 131-139.

_____. *Infantis: Charles Fourier e a infância para além das crianças*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. 240p.

SPINOZA, Benedictus de. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. 423p

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, 2001, p.49-61.

_____. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu (SP), v.8, n.14, 2004. p.35-72.

ULPIANO, Cláudio. *Aula de 29 de maio de 1990 – Kant e Espinoza: moral e ética – sobre os modos de existência*. Centro de Estudos Cláudio Ulpiano, Macaé, 1990. Recuperado em 31 de março, 2011, de <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/?p=2812>.

APÊNCICE

LIVRINHO

POESIA: REMÉDIO CONTRA AZIA.

VIA ORAL.

CONTÉM RIMAS.

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, UM
MÉDICO ESPECIALISTA DEVERÁ SER
CONSULTADO.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADVERTE: POESIA É DROGA E CAUSA
DEPENDÊNCIA.

COLEÇÃO POEMA GEMEU, NILDÃO

Máquina de fazer bolo

Máquina de fazer neném

Máquina de criar rolo

Máquina de curar alguém

*Ou então, máquina de dizer
amém*

Um dia, a cegonha me contou que
vinha voando pelo céu

Largava os bebês lá de cima pra
terra

Acertava mira de janela

Certa vez a janela se fechou

O bebê encolheu, e entrou pela
frestinha

<p><i>O menino que era esquerdo viu no meio do quintal um pente. O pente estava próximo de não ser mais um pente. Estaria mais perto de ser uma folha dentada. Dentada um tanto que já se havia incluído no chão que nem uma pedra, um caramujo, um sapo. Era alguma coisa nova o pente. O chão teria comido logo um pouco de seus dentes. Camadas de areia e formigas roeram seu organismo. Se é que um pente tem organismo. O fato é que o pente estava sem costela (...)</i></p> <p><i>Perdera sua personalidade. Estava encostado às raízes de uma árvore e não servia mais nem pra pentear macaco. O menino que era esquerdo e tinha cacete pra poeta, justamente ele enxergara o pente naquele estado terminal. E o menino deu pra imaginar que o pente, naquele estado, já estaria incorporado à natureza como um rio, um osso, um lagarto. Eu acho que as árvores colaboravam na solidão daquele pente. (Desobjeto, Manoel de Barros, 2003)</i></p>	<p>O irmão pequenino e elevado por uma cadeira debruça-se na incubadora e pergunta com uma ingenuidade sábia:</p> <p>- Dr., Por que ele não chora?</p>
<p>“Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo. A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar se fueguitos.</p> <p>— <i>El mundo es eso – reveló – Un montón de gente, un mar de fueguitos.</i></p> <p>Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales.</p>	<p>Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena al aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.” (Galeano, 2010, p.1)</p>
<p><i>Certa vez, miniatura entrou no hospital. De tão pequeno que era não fez fila, subiu as escadas e entrou pela fechadura. Se refez em dobradura e contagiou milhares de bactérias afetivas que começaram a se proliferar. Estava feito o estrago arrumado.</i></p>	<p>RECORDAR: DEL LATÍN RE-CORDIS, VOLVER A PASAR POR EL CORAZÓN.</p> <p>(GALEANO, 2010)</p>

<p>João e a palma da mão</p> <p>Quase homem Pra sonhar Quase Choro Música p'ra'cordar Vem pra luta de viver Sabe da pressa pra Crescer</p> <p>Aíto, simples Como o pai Aívo, certo Como um dia será Alguém que vem continuar Dois desejos numa concha do mar</p> <p>Te estendo a minha mão Sem jeito...</p>	<p>Como acontece quando desperta a vida Como se atreve ter tão pouca medida Rasga o ventre e mostra um coração O vencedor da solidão João e a palma da mão</p> <p>Seja o céu, seja o mar_será só seu Vem irmão, pra seguir_o caminhar Pega o teu violão e manda pra mim a voz Que esse peito esconde, o homem é o fim a sós</p>
--	---

<p>Vem pra perto de nós olhos a sorrir ao sol Braços, pernas e costas tudo pro ar</p> <p>Quem diria que o tempo fosse voltar atrás E na tua presença redescobrir um amigo.</p> <p>Como acontece quando desperta a vida Como se atreve ter tão pouca medida</p>	<p>Rasga o ventre e mostra um coração O vencedor da solidão João e a palma da mão</p> <p>Roberto H (letra e música), Jean Monstrinho, Felipe Dhamas (música).</p>
--	---

<p><u>PRO JOÃO</u> Pro João Eu queria compor música. Uma música que fosse alegre, sem euforia. Que fosse bela e um pouco estranha. Podia ser também, uma dessas músicas antigas Que as pessoas param para escutar Ou daquelas que a gente sabe bem, mas esquece quando quer cantar.</p>	<p>Mas essa em especial, que pro João queria fazer Essa eu só posso tocar - me fazer de instrumento Já que ela tá pronta no peito, no ar. Amor é música. Dessas que quando os acordes começam encham o quarto de esperança. Dessas que só de cantarolar a gente sorri.</p> <p>João, 2011.</p>
--	---

<p>“Limbo: 1. Orla, bordo, rebordo. 2. Rebordo do disco de um instrumento de medição, sobre o qual é marcada a graduação angular. 3. <i>Morfol.</i> Porção laminar, ampliada dos órgãos foliáceos, como a própria folha, as pétalas, sépeas, etc. 4. <i>Rel.</i> Lugar onde, segundo a teologia católica posterior ao séc. XIII, se encontram as almas das crianças muito novas que, embora não tivessem alguma culpa pessoal, morreram sem o batismo que as livrasse do pecado original. 5. <i>Fam.</i> Lugar para onde se atiram as coisas inúteis.”(Ferreira, 1986)</p>	
---	--