

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
SOCIAL E INSTITUCIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CLÁUDIA ODILÉIA MÜLLER

**ENTRE BEBÊS, ABISMOS E FANTASMAS:
NARRATIVAS SOBRE UMA CLÍNICA EM SAÚDE COLETIVA**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Analice de Lima Palombini

Porto Alegre

2014

CLÁUDIA ODILÉIA MÜLLER

ENTRE BEBÊS, ABISMOS E FANTASMAS:

NARRATIVAS SOBRE UMA CLÍNICA EM SAÚDE COLETIVA

Dissertação de Mestrado Acadêmico-
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social e Institucional da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Analice de Lima
Palombini

Porto Alegre

2014

**ENTRE BEBÊS, ABISMOS E FANTASMAS:
NARRATIVAS SOBRE UMA CLÍNICA EM SAÚDE COLETIVA**

Dissertação de Mestrado Acadêmico-
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social e Institucional da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul – UFRGS pela Banca Examinadora
formada por:

Aprovada em junho de 2014.

Prof.^a Dr.^a Rosana Teresa Onocko Campos – UNICAMP

Prof.^a Dr.^a Sandra Djambolakdjian Torossian - UFRGS

Prof.^a Dr.^a Simone Zanon Moschen - UFRGS

AGRADEÇO

À generosidade

de uma interlocutora que não tem limites para estar junto – nem mesmo quando mais de 3.000 Km nos separam - e sem a qual não consigo imaginar como a escrita desta dissertação teria sido possível: Ana Rodrigues.

de cada parceiro que encontrei na jornada de trabalho no Nutrir, em especial às pesquisadoras-colaboradoras desta pesquisa que ajudaram a trançar os fios das narrativas: Daniela Schneider, Mabilda Dotto e Marília Silveira.

de uma orientadora que acolheu meu desejo de pesquisar sem restrições, que suportou as limitações de uma orientanda trabalhadora com a paciência de quem faz da delicadeza sua forma de transitar no mundo: Analice Palombini.

de Marília Silveira, mais uma vez, mas agora por ter me guiado pela mão pelo mestrado, ela que um dia eu guiei no estágio.

do grupo Travessias, Lívia, Christiane, Marciana, Lorena, Alexandra, que trouxeram questões que inspiraram muitas passagens deste trabalho.

de Jorge Broide e de Emília Estivalet Broide. Talvez eles não saibam, por isso quero deixar aqui registrado, o quanto foi importante a forma como acolheram minha escrita como cronista no período em que trabalhamos juntos. A escuta deles ao meu desejo de escrever e pesquisar deu o impulso que eu precisava para iniciar esta jornada.

À escuta

de Yeda, que possibilitou assumir o desejo de ser psicóloga.

de Lúcia, que fez fluir minha escrita.

À paciência e ao carinho

de meus amigos e familiares, que suportaram a minha ausência e o meu discurso monotemático - efeito colateral de quem mergulha na pesquisa.

especial de meu companheiro Gilmar Basso.

RESUMO

Discute-se neste trabalho a clínica em Saúde Coletiva a partir de narrativas de casos clínicos de bebês atendidos por uma equipe multiprofissional, que se quis interdisciplinar, de nutrição e de psicologia, com aporte teórico da psicanálise, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Preocupa-se nesta pesquisa em compreender os aspectos técnicos da prática clínica em questão, em como a intersubjetividade influenciou o encontro, em como se efetivou o trabalho entre os saberes e a construção de redes intersetoriais de atendimento. Tomou-se a narrativa de casos clínicos como uma metodologia de pesquisa sustentada em Walter Benjamin, com seu “narrador sucateiro”, e em Ricardo Rodolfo, através do método do Estudo Clínico e do estatuto do brincar. As narrativas foram construídas por um coletivo do qual participaram duas nutricionistas e uma ex-estagiária de psicologia, que, juntamente com a mestranda, atenderam aos casos clínicos narrados. O que se observou nas narrativas foi o que se estabelecia e se desdobrava a partir da emergência de um espaço *entre* as diferentes disciplinas, os diferentes setores, os diferentes saberes. Entendeu-se o *entre saberes* como uma criação, algo que se difere a partir da intercessão entre saberes, que se contamina pelo novo que o outro saber introduz, estabelecendo uma continuidade, uma complementaridade, que ao mesmo tempo reconhece a diferença, criando assim o paradoxo da transicionalidade, que precisa ser sustentado em prol da constituição de uma experiência. O *entre* é um espaço, mas também é um movimento, repleto de tensão, de disputa, de aprendizagens, no qual circulam subjetividades, o que acrescenta o fator inconsciente à complexidade do *entre saberes*. Conclui-se que a clínica com bebês oferece uma visibilidade ao que se denominou de *encruzilhada clínica e ético-política*, na qual se cruzam os saberes dos usuários com os saberes técnicos das disciplinas envolvidas, como a nutrição e a psicanálise, com os saberes da Saúde Coletiva produzindo escolhas guiadas pela posição ética dos trabalhadores. Desta forma, argumenta-se que a clínica acontece em um movimento *entre saberes* que circula em uma superfície paradoxal, produzindo uma relação que, seguindo a Torossian (2009b), inspirada em Derrida e Lacan, nomeamos de “suplementaridade moebiana” entre clínica e Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Clínica, Primeira Infância, Saúde Coletiva, Psicanálise, Nutrição.

ABSTRACT

It has been discussed in this work the clinic in Collective Health after clinical cases narratives of babies attended by a multiprofessional team, that were supposed to interdiscipline, of nutrition and psychology, with theoric contribution of psychoanalysis in the ambit of Public Health System. It has been worried in this search to understand the technical aspects of clinical practice in question, in how the intersubjectiveness influenced the meeting, in how it was accomplished the work among the acquirements and the construction of intersectorials nets of attendance. It was taken the narrative of clinical cases as a searching methodology based in Walter Benjamim, with his “scaper narrator” and in Ricardo Rodulfo, by the method of the clinical study and the statute of playing. The narratives were built by a collective which participated two nutritionists and an ex-psychology trainee that together with the master student attended to the clinical cases reported. What was observed in the narratives was what was being established and unfolded after emergency of a space *among* the different disciplines, the different sectors, the different acquirements. It was understood *among acquirements* as a creation, something that differs after the intercession between acquirements, that is contaminated by the new that the other acquirement introduces, establishing a continuity, an supplementarity, that in the same time recognizes the difference creating in this way the paradox of the transitionality, that needs to be supported in benefit of the constitution of an experience. The *among* is a space as well as a movement, full of tension, of debate, of learnings, in which circulate subjectivities which adds an unconscious factor to the complexity of *among acquirements*. It is concluded that the clinic with babies offers a visibility at what was considered of a *clinical crossroad and political ethics* in which the acquirements are crossed of the users with the technical acquirements of the involved disciplines as the nutrition and psychoanalysis with the acquirements of the Collective Health producing guided choices by the ethics position of the workers. Thus, it's proposed that clinical practices happen in an *among acquirements* movement that runs through a paradox surface, creating a relation which, according to Torossian (2009b), inspired in Derrida and Lacan, we call “moebian supplementarity” between clinic and Collective Health.

Key Words: Clinic – First Infancy – Collective Health – Psychoanalysis - Nutrition

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CT	Conselho Tutelar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FSNH	Fundação de Saúde de Novo Hamburgo
ICCN	Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PBF	Programa Bolsa Família
SACA	Serviço de Atendimento à Criança e ao Adolescente Françoise Dolto
SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 ECOS E TRAÇOS DE MEMÓRIA.....	9
1.2 CAMINHOS.....	10
1.3 CAMPO DAS PRÁTICAS.....	14
2. MÉTODO.....	26
2.1 NARRATIVA COMO UM MÉTODO DE PESQUISA.....	26
3. NARRATIVAS DA CLÍNICA.....	37
3.1 UM BEBÊ NA BEIRA DO ABISMO.....	37
3.2 UM BEBÊ ENTRE UMA SÍNDROME, A LOUCURA, A VIOLÊNCIA E SEUS FANTASMAS:.....	48
3.2.1 INVOCAÇÃO.....	51
3.2.2. CONJURAÇÃO.....	55
3.2.3. ENCANTAMENTO.....	58
3.2.4. DESENCANTAMENTO OU A FALTA DELE.....	71
4. PARA CONCLUIR.....	76
4.1 SUCATAS E EXTRATOS.....	76
4.2 NOTAS FINAIS: PROVOCAÇÃO DE OLHARES.....	87
5. REFERÊNCIAS.....	90

1. INTRODUÇÃO

1.1 ECOS E TRAÇOS DE MEMÓRIA

Um bebê equilibra-se na beira de um abismo com o corpo tão leve que a própria respiração pode fazê-lo despencar. Uma mãe amamenta um bebê com características sindrômicas e atraso no desenvolvimento, debatendo-se entre a loucura e a violência.

O que fazer quando estes bebês chegam a um atendimento de nutrição em Saúde Coletiva? Qual intervenção clínica é possível em casos assim, complexos e que exigem ações imediatas por tratarem de bebês?

Seria esperado que a nutrição fizesse aquilo que sempre fez: baseada na avaliação da ingesta alimentar e do diagnóstico de suas carências, equívocos e excessos, estabeleceria uma estratégia de intervenção nutricional e prescreveria uma dieta considerada adequada para corrigir o problema apresentado (VITOLLO, 2008).

Ou seja, a nutrição poderia não tomar como de sua área de responsabilidade o fato de que o bebê desnutrido está desamparado nos braços da mãe, ou que a loucura e a violência estão na beira do berço do bebê com atraso no desenvolvimento. Atitude justificada frente à especialização dos saberes, produto da divisão das ciências no mundo moderno, conforme já dizia Japiassu em 1976.

As mães com seus bebês nos braços seriam enviadas em uma peregrinação até encontrarem acolhimento em outros serviços especializados, caso houvesse vaga para atendimento. Ou, ainda, talvez nem existisse um serviço especializado em saúde mental na primeira infância, o que, aliás, é muito raro, como o projeto *Intervenção a Tempo* da prefeitura de Belo Horizonte (NILO et al., 2008). Mas a experiência nos ensina que encaminhamentos têm resistência a apegos.... Perdem-se pelos caminhos.

Nos casos citados, não aconteceu exatamente assim. O serviço de nutrição que os acolheu fez uma aposta por um caminho incerto e desconhecido entre saberes – convidou a psicologia a acompanhá-lo em uma jornada que por vezes foi assombrada por fantasmas. Os ecos, os traços de memória dos desafios que

enfrentaram em suas aventuras e desventuras, ressignificados no presente, constituem as histórias narradas aqui, na intenção de refletir sobre a clínica em saúde coletiva a partir de encontros *entre saberes*.

1.2 CAMINHOS

As histórias narradas neste trabalho versam sobre *uma* clínica em Saúde Coletiva. *Uma* clínica dentre outras tantas, porque, nos diz Campos (2005), na prática há de fato muitas clínicas. Em um campo marcado desde sua origem pela opção de considerar a multicausalidade do processo de saúde e de doença em contraposição ao saber hegemônico do paradigma biomédico, a discussão sobre a clínica deve desde o início marcar também a pluralidade de arranjos entre os diferentes saberes técnicos, os poderes por eles exercidos e os saberes e poderes políticos e administrativos. Ao invés de uma pragmática única, tem-se a multiplicidade de fazeres e de saberes sobre saúde habitando o mesmo campo, no qual os limites são imprecisos, em constante processo de elaboração. (Birman, 2005; Luz, 2009; Nunes, 2010; Paim e Almeida Filho, 1998).

A multiplicidade também é uma característica própria do humano. Afinal, dentre os aproximadamente sete bilhões de habitantes do planeta, imersos em diferentes culturas, condições sociais e políticas, não se encontra nenhum que seja igual ao outro em relação às características subjetivas que o singularizam, inclusive na forma de adoecer, mesmo quando a genética se iguala, como no caso de gêmeos idênticos. Tal multiplicidade afeta, de igual modo, o que se entende como saúde e como adoecer, marcado pelos processos de determinação social – processos socioeconômicos, ecológicos, biológicos, psicológicos e culturais, articulados às dimensões políticas, históricas e espaços-territoriais que produzem saúde e doenças (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Assumindo como premissa a determinação social do processo saúde e doença (CAMPOS, 2005), a Saúde Coletiva voltou seus esforços para a inclusão da instância do coletivo, em contraposição à do risco individual da doença calculado pela epidemiologia clássica, característica da clínica tradicional instituída na Saúde Pública. Contemplou-se, desde então, o desenvolvimento de atividades de

investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. A epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde, de acordo com Paim e Almeida Filho (1988), são consideradas as disciplinas básicas da Saúde Coletiva, as quais configuram um campo de conhecimento interdisciplinar. A clínica, juntamente com a genética, as ciências biomédicas, entre outras, seriam disciplinas complementares desse campo.

Também as práticas em Saúde Coletiva tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, centrando suas intervenções nos grupos sociais e no ambiente. A Vigilância em Saúde é uma de suas principais formas de intervenção na realidade sanitária, a qual utiliza métodos de promoção e prevenção para agir no território, nas instituições e nas coletividades (CAMPOS, 2005). A Saúde Coletiva enquanto um campo de conhecimentos interdisciplinares fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998).

Tamanha ênfase no coletivo provocou um efeito colateral: o recalque da categoria clínica no campo da Saúde Coletiva, como aponta Onocko-Campos (2012). A clínica carregaria a marca das práticas individualizantes, herdeiras da medicina tradicional na qual o foco estaria na doença, em uma abordagem exclusivamente biológica do adoecer, sem considerar seu caráter histórico e social. A crítica aos especialismos, responsáveis pela fragmentação das ações de saúde, também contribuiu neste processo, provocando o que a autora chama de banalização da técnica. A banalização da técnica, consequência deste recalque, pode dificultar a percepção das diferenças com as quais os trabalhadores em saúde comparecem no encontro com o usuário. E, no final das contas, é sempre de um encontro que se trata, no qual se produz saúde com e para pessoas, sujeitos que singularizam modos de subjetivação próprios de seu tempo.

É sobre este encontro que repousa o olhar desta pesquisa. Um encontro no âmbito da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) entre saberes disciplinares da nutrição e da psicologia – aqui referida à psicanálise, aporte teórico das práticas narradas – e os saberes dos usuários. São saberes que transitam entre as

dimensões conscientes e inconscientes, próprias do humano, em um encontro no qual corpos e afetividades estão em contato, configurando um jogo de resultado sempre incerto (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

À clínica, de caráter recalcado na Saúde Coletiva, aproxima-se outro saber que também enfrenta resistências neste campo: a psicanálise. Identificada ao *setting* clínico convencional, a psicanálise tradicionalmente é relacionada ao atendimento da elite, voltada para a individualidade. “A” psicanálise, é criticada pelos ditos pós-estruturalistas em relação ao pressuposto de universalidade presente em muitas das suas conceituações, em relação à proposta de uma essência subjetiva na qual o inconsciente toma um lugar central e também à noção de permanência estrutural do sujeito e da psicopatologia (TOROSSIAN, 2007). Este quadro de críticas e resistências contribuiu para que, apesar do sujeito ter sido resgatado na Saúde Coletiva em suas dimensões histórica, social e coletiva, o sujeito do inconsciente tenha sido “varrido em uma maré de boas intenções”, junto com repertórios teóricos e habilidades técnicas, no furor da crítica aos especialismos, como refere Onocko-Campos (2012).

Mas existem muitas psicanálises, muitos autores e vertentes teóricas referenciadas à instância do inconsciente. Ricardo Rodolfo (2008), por exemplo, tomou as críticas à psicanálise como objeto de análise e, a partir da própria clínica, empreendeu um processo de desconstrução do texto psicanalítico, de acordo com a proposta de Jacques Derrida. Rodolfo o fez, não para desprezar a psicanálise, mas, ao contrário, para permitir à psicanálise mesma ir além das oposições binárias que conformam e armazenam as teorias dentro de seus campos (TOROSSIAN, 2007).

A psicanálise de que se trata aqui é aquela “preocupada por desvendar os mecanismos pelos quais o laço fraterno seria possível, e com ele a criação e a cultura” (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 13). Trata-se de oferecer à Saúde Coletiva uma noção de sujeito que transcende a ideia de indivíduo, apresentando-se, não como lugar da verdade, mas como o lugar de seu desconhecimento (BROIDE, 2009). A partir desta constatação, ou seja, de que ao sujeito cabe algo sobre si mesmo que ele não sabe, a Saúde Coletiva pode potencializar dispositivos institucionais capazes de viabilizar aquilo que só se consegue expressar pela via do sintoma. Além disso, reconhecer a instância do inconsciente muda a forma como se

planeja e executa o trabalho em equipes, o trabalho da gestão e com coletivos. (Figueiredo, 2005; Onocko-Campos, 2012; Palombini et al., 2011).

Considerando esse cenário, pergunta-se: Como se constituiu a experiência da clínica *entre saberes* aqui narrada no âmbito do SUS? O que o olhar sobre a clínica entre os saberes da nutrição e da psicanálise no atendimento aos bebês pode produzir para pensar uma clínica na Saúde Coletiva? Procurou-se elencar tópicos que apontam para a constituição de um saber advindo da prática clínica para contribuir na construção do território do SUS pelos seus trabalhadores. Pretende-se marcar o trânsito desta pesquisa entre o âmbito de práticas no qual se organizam, planejam e realizam as ações no setor Saúde e o âmbito que envolve a produção de saberes e conhecimentos em saúde que definem o campo da Saúde Coletiva (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998).

A seguir apresenta-se a trajetória do trabalho interdisciplinar no serviço do SUS que acolheu os bebês, para introduzir ao leitor no campo das práticas no qual se desenvolveram as histórias aqui narradas. Segue-se com as escolhas metodológicas da pesquisa, que toma como seu eixo condutor a narrativa, sustentada em Walter Benjamin, com seu “narrador sucateiro”, e em Ricardo Rodulfo, com o método do Estudo Clínico e do estatuto do brincar. A partir do que se denominou de *circuito narrativo*, foram construídas coletivamente as narrativas dos casos clínicos pelo grupo denominado de “Encontro entre Nós”, do qual participaram ex-colegas que atenderam os casos narrados no serviço acima mencionado.

Apresentam-se em seguida as duas narrativas produzidas, que contam as histórias dos acompanhamentos dos bebês Luiza, “Um bebê na beira do abismo”, e de Luis André, “Um bebê entre uma síndrome, a loucura, a violência e seus fantasmas”. Das narrativas, elencaram-se sucatas e extratos para pensar a clínica narrada como uma aposta de que, ao se lançar um olhar sobre a prática clínica com bebês no âmbito do SUS, possa-se contribuir para a elaboração de saberes sobre a clínica que possam abrir um questionamento sobre seu caráter “complementar” e seu “recale” no campo da Saúde Coletiva.

1.3 CAMPO DAS PRÁTICAS

O serviço de nutrição que acolheu os bebês chama-se Nutrir, um Centro de Educação Nutricional da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Município de Novo Hamburgo/RS. Os bebês foram atendidos por uma equipe multiprofissional, de nutrição e psicologia, com uma abordagem de trabalho que se quis interdisciplinar. As histórias que aqui serão narradas ocorreram entre os anos de 2005 até o final de 2010, período no qual as experiências de trabalho interdisciplinar foram vividas pela pesquisadora-mestranda.

O Nutrir foi criado em 1998 para ser uma padaria comunitária, umas das ações de um projeto maior com o objetivo de reduzir o índice de mortalidade infantil do município. A prioridade de atendimento era para a criança e a gestante (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO, 1998a, 1998b).

De 1998 até 2010 o processo de trabalho do Nutrir se modificou, de acordo com as políticas públicas implementadas em cada período, de acordo com os programas dos governos que se sucediam, com as prioridades dos gestores, mas principalmente devido ao rumo dado, pelos trabalhadores que ali se encontravam, para as questões surgidas no encontro com as pessoas que procuravam o serviço.

De fato, a padaria comunitária nunca saiu do papel por motivos conjunturais. Havia a necessidade de sensibilizar a comunidade quanto à importância da alimentação alternativa através da produção e do consumo de multimistura, uma combinação de cereais que fornecem uma complementação para reforçar a alimentação de crianças desnutridas. Para isso foram organizadas oficinas de educação nutricional (KUNST, SCHNEIDER, 2003). O que era para ser uma ferramenta para a sensibilização da comunidade foi tão bem aceito que se tornou a principal atividade do Nutrir. O problema da desnutrição passou a ser enfrentado através das oficinas e da produção de multimistura, que era distribuída nos atendimentos ambulatoriais e nas oficinas. Tal escolha dava mostras de uma equipe e de uma gestão que não temiam enfrentar desafios, como a proibição do Conselho Federal de Nutrição (CFN) ao uso da multimistura.

A multimistura sofreu censura pelo CFN em 1996, quando este emitiu um parecer recomendando que ela não deveria ser prescrita nem recomendada pelo nutricionista, sob pena de sanções disciplinares que constam de seu Código de Ética¹. O Ministério Público Federal solicitou ao CFN a revisão de seu parecer sobre as sanções aos profissionais, baseado na ausência de uma legislação específica na área e recomendando que não houvesse punição para o profissional de nutrição que a indicasse. Mas o CFN ratificou sua posição. Apesar dos pareceres, das recomendações e dos resultados de pesquisas científicas questionando a eficácia da multimistura, até hoje a multimistura segue sendo tema de disputas e muitas controvérsias na área (DIAS, 2011; SANT'ANA, 2006; VELHO & VELHO, 2002). O Nutrir recebeu algumas vezes a vistoria do Conselho Regional de Nutrição, foi chamado a prestar esclarecimentos sobre o uso da multimistura, mas sempre enfrentou o embate sustentando suas escolhas. Nunca recebeu nenhuma advertência.

A implantação do Nutrir inaugurou a Política Pública de Nutrição na SMS e logo viu-se tendo que lidar também com uma demanda que é histórica na atuação da nutrição na Saúde Coletiva – o cumprimento de decretos, resoluções e portarias. O serviço de nutrição nos municípios é responsável pela implantação de políticas e projetos de governo voltados para resolver problemas de nutrição da população, como o Piá 2000 (Programa Estadual do Leite de 1997); o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), em nível federal, do ano de 1998; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), de 1999; a Política de Cidadania Alimentar do RS (de 2000); o Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação", de 2001; as condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família (PBF), de 2004; entre outros.

É também tarefa da nutrição nos municípios a implantação e gerenciamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), criado oficialmente em 1990, para manter um diagnóstico atualizado sobre os problemas da área de alimentação e nutrição que possuam relevância em termos de saúde pública, a fim de subsidiar políticas públicas na área (BRASIL, 1990). Para colocar em prática as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, é necessário estabelecer com as

¹ Para mais informações confira o site do CFN, no link:
<<http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=61>>.

equipes de saúde o fluxo das atividades que deveriam ser incorporadas como rotina, contemplando o acolhimento dos indivíduos, o encaminhamento para a realização da avaliação do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar e seu registro em formulários adequados. Os dados colhidos nos serviços de saúde devem ser registrados periodicamente pelo setor de nutrição do município no sistema informatizado denominado de SISVAN-WEB.

No entanto, a intervenção em nível gerencial nos serviços de saúde, para organizar o acolhimento que colheria o dado para o SISVAN, necessitava de uma articulação técnica, política e administrativa que envolvia a gestão municipal e a coordenação dos serviços de saúde e que nem sempre foi possível agenciar. De fato, o que cabia à nutrição era somente a consolidação do dado no sistema. É possível ter-se a medida de quanto tal ação transformava-se em uma tarefa nem sempre bem-vinda.

Além disso, a equipe do Nutrir questionava a validade efetiva de alguns programas, como por exemplo, o ICCN², o qual fornecia leite e óleo para famílias com crianças desnutridas, quando, na prática, observava-se o uso abusivo de mamadeira em lugar de alimentos mais ricos em nutrientes (DOTTO, SAVARIS & MÜLLER, 2007).

Foi no cumprimento dos critérios do ICCN – pesar e medir periodicamente crianças para então distribuir leite e óleo enquanto elas estivessem desnutridas – que a inquietação da equipe perante a operacionalização de programas com os quais não se identificava possibilitou a elaboração de uma questão. Filas de mães obesas e suas crianças com baixo peso se faziam na porta do Nutrir. A equipe olhava aquele desfile e se perguntava se o problema era realmente falta de alimentos em casa. Um dia, em um encontro casual com uma estagiária de psicologia, foi possível compartilhar a questão que vinha inquietando a equipe do Nutrir. A questão gerou um interesse comum pelo tema da influência dos afetos nos problemas que envolvem a alimentação, e logo as mães cadastradas no ICCN compareciam ao Nutrir para participar do Grupo de Mães, coordenado por uma

² ICCN - Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais: programa instituído em 1998 pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN, do Ministério da Saúde, por meio da Portaria Ministerial nº 2.409, de 23/03/98.

nutricionista e por uma estagiária de psicologia³ do SACA – Serviço de Atendimento à Criança e ao Adolescente Françoise Dolto da SMS, para trocarem histórias por leite e óleo.

As atividades do Grupo de Mães envolviam cozinhar e conversar. Ou conversar e cozinhar. Ou as duas coisas ao mesmo tempo, o que se mostrou ser o mais interessante – a conversa passou a ser um dos ingredientes da elaboração do cardápio. Na cozinha industrial do Nutrir, as crianças subiam em cadeiras, usavam toucas e aventais e, junto com suas mães, preparavam receitas de alimentos saudáveis. Enquanto preparavam alimentos, a conversa se enriquecia com compartilhamento das experiências de vida.

Às vezes o grupo ficava muito tempo na conversa, quando tendia mais a se configurar como um grupo terapêutico, e então a nutricionista se sentia perdida. Outras vezes, ficava muito tempo na cozinha, como uma oficina de culinária, e aí a estagiária de psicologia se sentia perdida. A medida do compartilhamento foi sendo descoberta pouco a pouco por elas, em um formato que lembra as oficinas em saúde mental, onde o fazer junto, coletivo, pode assumir o papel de um artefato simbólico, o qual opera reconfigurações das realidades potencializando recursos singulares na cultura, como disseram Rickes e Maraschin (2011) inspiradas em Guerra (2004).

A maioria das crianças ingressou no Grupo de Mães com idade acima de dois anos, de forma que, do ponto de vista nutricional, já seriam consideradas crianças com desnutrição crônica. Elas retomaram o crescimento, mas não atingiam a normalidade em relação ao peso e altura. Para a nutrição, uma intervenção precoce diminuiria muito a chance de um prejuízo irrecuperável no crescimento. Também no campo da psicanálise, em uma intervenção precoce, o que se *previne a tempo* é o encaminhamento estrutural de tipo patológico grave, quando as condições relacionais da criança deparam-se com uma dificuldade importante, que se estende por muito tempo (KUPPFER, 2012).

³ Várias estagiárias de psicologia e diferentes profissionais do SACA participaram do trabalho no Grupo de Mães durante sua duração. Não citaremos seus nomes, mas todos estão presentes na personagem híbrida, a Psicóloga, que comparecerá nas narrativas dos casos clínicos.

Novamente o encontro de uma questão em comum entre a equipe do Nutrir e os parceiros do SACA forjou a invenção de um espaço interdisciplinar: o Grupo de Maternagem, uma aposta de que a intervenção na relação pais-bebê poderia evitar instalações de doenças futuras, como a desnutrição e doenças psíquicas graves. Nutrir e SACA, que agora havia se transformado em um Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência – CAPSi “SACA AI” –, abriram espaço para acolher bebês, suas mães e/ou cuidadores sob suspeita de alguma fragilidade na relação de sustentação e de engendramento de um novo ser. Espaços de discussão e seminários foram criados, de forma que os profissionais da rede de saúde que atendiam a primeira infância pudessem discutir os critérios de encaminhamento para o Grupo de Maternagem.

Foi por esta época que o Nutrir entendeu que seu interesse pelo trabalho interdisciplinar demandava uma parceria mais intensa do que a que o CAPSi “SACA AI” havia podido oferecer até então. Com esta determinação, o Nutrir conseguiu a contratação de uma psicóloga para compor a equipe. Apesar do desejo da equipe em relação ao trabalho interdisciplinar, a construção do trabalho em parceria foi um desafio constante, com acertos que só se fizeram possíveis porque muitos equívocos os antecederam. Os percalços iniciais desta trajetória já serviram para compor outras narrativas (MÜLLER, 2009), na tentativa de dar um sentido e um contorno às práticas interdisciplinares desenvolvidas pelo Nutrir.

Inicialmente a prática interdisciplinar entre as nutricionistas e a psicóloga recém-chegada ao Nutrir circunscrevia-se ao atendimento clínico no ambulatório. atendimentos confusos e encaminhamentos da nutrição que não chegavam à sala da psicologia forjaram discussões e, com o tempo e a experiência, engendrou-se um modo de trabalhar.

Estudava-se, discutiam-se casos e atendia-se em conjunto. O formato que o atendimento interdisciplinar em nutrição recebeu, depois de muitas idas e vindas, tomava a discussão do caso como prioridade. A partir dela, constituía-se um projeto de intervenção sustentado em atendimentos de nutrição. A psicóloga atenderia o caso em conjunto, quando fosse necessário. Atendimentos somente com a psicologia seriam evitados, mas, se fossem necessários, ocorreriam, vislumbrando a construção de um encaminhamento para psicoterapia. Não há como se poupar do

desafio de uma atenção mais singularizada quando isso se faz necessário, como afirma Onocko Campos (2012).

O acompanhamento em psicoterapia não deveria ocorrer no Nutrir para não correr o risco de absorver, da rede, a demanda reprimida por tal modalidade de atenção – havia lista de espera para atendimento no CAPSi. Afinal, a proposta era de um trabalho na lógica do matriciamento da psicologia em relação aos atendimentos de nutrição que ocorriam na sede do Nutrir, sob responsabilidade de duas nutricionistas. A carga horária da psicóloga não era suficiente para desenvolver atividades diretas com as nutricionistas nas outras UBS, o que não significava que elas não tivessem o suporte da psicologia, que ocorria nas reuniões de equipe. Em algumas UBS já havia uma parceria estabelecida com o serviço de saúde mental de referência para a região de saúde, e ele era acionado pela nutricionista quando um caso requeria o estabelecimento de uma rede mais próxima. Geralmente as nutricionistas traziam os casos que acompanhavam para a reunião de equipe do Nutrir e, a partir da discussão, procuravam os parceiros da rede disponíveis no território.

O Nutrir fazia a coordenação técnica do serviço de nutrição da SMS. Semanalmente, todas as nutricionistas, as estagiárias, a psicóloga, a merendeira e a auxiliar de serviços gerais encontravam-se no Nutrir. Nestas reuniões eram decididos os rumos do trabalho, traçadas estratégias, discutidos casos em conjunto, e, além disso, estudavam-se temas pertinentes às questões que o trabalho fazia emergir.

Em 2010, ano limite da vivência das experiências nas quais se baseiam este trabalho, o Nutrir desenvolvia atividades em três grandes eixos: educação nutricional; atenção ao usuário do SUS; e gestão de políticas públicas, que incluía a gestão da PNAN e as condicionalidades da saúde para o Programa Bolsa Família.

O serviço mantinha uma equipe composta por uma merendeira, uma assistente de serviços gerais, uma estagiária de nutrição e uma de psicologia, seis nutricionistas e uma psicóloga. A sede do serviço, localizada em um dos bairros de maior vulnerabilidade social do município, contava com uma cozinha utilizada para as atividades de Educação Nutricional e salas de atendimento de nutrição e de

psicologia. Havia também uma brinquedoteca, dirigida pela Secretaria de Educação, que compartilhava o espaço com o Nutrir.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) começou a ser implantada no ano de 2010 no município. Até então, o trabalho da rede de saúde, de forma geral, era sustentado na lógica do atendimento ambulatorial. A nutrição deveria ocupar um lugar nesta lógica, oferecendo atendimento ambulatorial nas UBS. Na sede do Nutrir eram oferecidas oficinas de nutrição. As atividades ambulatoriais do Nutrir haviam sido transferidas para a Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro, e lá se deu a continuidade do atendimento a mães e bebês com um novo formato, baseado em grupos de triagem, grupos de acompanhamento e atendimentos individuais.

Havia um horário semanal em grupo para receber pela primeira vez os bebês até um ano de idade e suas mães, encaminhados pela pediatria. Nesse encontro, as mães relatavam o motivo do encaminhamento e suas preocupações, a nutricionista fazia a avaliação antropométrica⁴ da criança, e o tipo de atendimento que seria prestado – individual ou em grupo – era indicado depois de uma rápida troca de ideias entre as coordenadoras. Inicialmente a avaliação antropométrica era realizada em separado pela nutricionista, enquanto a psicóloga continuava a conversa com as mães. Mas essa conversa era tão interessante para a nutricionista, quanto a participação do momento da pesagem da criança era importante para a psicóloga, de tal forma que logo o formato do grupo foi alterado. Diminuiu-se o número de participantes e se ofereceu mais grupos de acolhimento na semana, para que o grupo acontecesse na sala onde ocorria a pesagem.

O acompanhamento acontecia em grupo ou individualmente. Inicialmente, o principal critério para o atendimento ser individual era a gravidade do caso. As coordenadoras entendiam que um caso grave exigia uma intervenção intensa e focada somente na criança e seus familiares. Aprenderam isso com Luiza, um bebezinho que conheceram anos antes e que o leitor desta dissertação irá conhecer nos próximos capítulos.

⁴ Avaliação antropométrica é a coleta e interpretação das medidas antropométricas que avaliam o estado nutricional da criança. As principais medidas antropométricas são o peso e a estatura, pois avaliam o volume corporal e o crescimento linear respectivamente (VITOLLO, 2008).

Mas outro bebê, Renata, ensinou uma lição diferente para o Nutrir. O caso de Renata foi escrito e apresentado em 2010 em evento da área⁵ e foi publicado recentemente no livro que reúne artigos daquele evento (MÜLLER et al., 2013). Aqui destacaremos que Renata, com onze meses, em um período de dois meses de atendimento saiu da zona de desnutrição grave para um zona limite do peso considerado adequado para a idade, participando somente do grupo de triagem, algo que extrapolou o critério do Nutrir de que casos graves, como o dela, deveriam ser atendidos individualmente. Importante ressaltar que o grupo de triagem era composto por participantes diferentes a cada encontro e que ali seria difícil dar continuidade a um acompanhamento detalhado do caso. Este foi o arranjo possível para o atendimento de Renata, porque o trabalho da mãe impedia que ela comparecesse no dia dos atendimentos individuais.

A desnutrição de Renata não era devida à falta de alimentos em casa, apesar de a família contar com poucos recursos financeiros. Ela também ficava em uma creche comunitária em parte do dia, onde lhe eram oferecidos os alimentos indicados para sua faixa etária. Ela aceitava poucos alimentos além do leite materno. Renata, no grupo, pôde brincar com outras crianças enquanto a mãe contava a sua história para as outras participantes. Este pequeno movimento simultâneo – brincar e falar – diminuiu a ansiedade de separação das duas. “É bom recordar que o brincar é por si mesmo uma terapia”, disse Winnicott (1975, p. 74). Renata será sempre lembrada pelo brincar.

Algo, então, pôde ir se diferenciando subjetivamente – algo que também pôde ser pesado e medido. Os dentes de Renata começaram a eclodir ao mesmo tempo, na medida em que ela começou a aceitar outros alimentos; o cabelo se fortaleceu; o peso e a altura alteraram-se consideravelmente.

O grupo ofereceu para Renata um *playground*, no sentido que Winnicott (1975) dá a este termo, como um espaço potencial de confiança no qual a criança pode ter certa experiência de controle mágico, de onipotência, em relação ao controle que tem do real. Winnicott deixa claro que a mãe tem um papel a desempenhar na sustentação deste espaço, evitando impedimentos ao brincar. Ora,

⁵ Apresentado no I Encontro Internacional/VIII Encontro Nacional sobre o Bebê organizado pela Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê (ABEBÊ), ocorrido em São Paulo em novembro de 2010.

o que se observou no grupo era que a própria mãe às vezes a impedia de brincar. Ao primeiro choramingo, desconforto, o seio ocupava o lugar das palavras. No grupo, as coordenadoras, as outras mães e as outras crianças tratavam de fornecer o ambiente seguro, ao mesmo tempo em que a mãe podia fazer uso da palavra para falar de seus problemas, que não eram poucos. De alguma forma, ela também pode experimentar outra forma de lidar com seu sofrimento. O compartilhamento de suas angústias, os laços que se constituíam no grupo, mesmo que breves, porque raramente ela reencontrava as mesmas pessoas no grupo, ajudou-a a passar aquele momento de outra forma, o que refletiu na relação entre ela e Renata.

Renata ensinou algumas coisas ao Nutrir: que havia uma potência no grupo que poderia ser mais explorada, assim como no brincar. Além disso, o Nutrir confirmou algo que já vinha experimentando há algum tempo, de que existem várias formas de se conduzir um tratamento e que a flexibilização de critérios pode ser muito importante para se alcançar os objetivos do trabalho.

Estas e outras aprendizagens, que ocorriam no eixo da atenção ao usuário do SUS, repercutiam em modificações das ações nos outros eixos de trabalho do Nutrir. No eixo de gestão de políticas públicas, que incluía a gestão da PNAN e das condicionalidades da saúde para o Programa Bolsa Família, enfrentavam-se muitas dificuldades para conseguir a colaboração das equipes de Atenção Básica, já que, como foi dito anteriormente, o Nutrir deveria promover o acompanhamento das famílias cadastradas no programa.

Foi em janeiro de 2004 que o Governo Federal criou o Programa Bolsa Família, unificando os programas até então vigentes – Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Auxílio Gás e o Cartão–Alimentação –, com o objetivo de aumentar a eficiência e o impacto social de suas ações. Conforme o PBF, as ações de transferência de renda estão vinculadas às condicionalidades a serem cumpridas pelos beneficiários do PBF nas áreas da educação e da saúde. As condicionalidades da saúde no programa são acompanhadas pela nutrição, que participa do Comitê Gestor do PBF no seu município. O PBF tem uma diretriz de descentralização em cada nível de governo, com instâncias gerenciais e de controle social.

O descumprimento das condicionalidades pelos beneficiários pode gerar a suspensão do recebimento do benefício entregue às famílias. Paralelamente, os

municípios recebem um recurso calculado por meio do Índice de Gestão Descentralizada (IGD). Acompanhar as condicionalidades da saúde compreende monitorar o cumprimento do compromisso assumido pelas famílias beneficiárias de acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos, além de monitorar também o acompanhamento de mulheres na faixa de quatorze a quarenta e quatro anos, quando gestantes ou nutrízes (lactantes), devendo estas realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e do bebê⁶. Na prática, naquele período, isso significava que o profissional da nutrição era responsável pelo registro semestral no sistema do Ministério do Desenvolvimento do peso e da altura de todas as crianças até sete anos beneficiárias do programa, além das mulheres de 14 a 44 anos gestantes ou lactantes.

Com o PBF repetiam-se as mesmas dificuldades encontradas com o SISVAN. Era difícil obter os dados necessários para alimentar o sistema SISVAN-PBF. No entanto, havia uma diferença entre os dois sistemas: a suspensão do recebimento do benefício pelas famílias que não cumprissem as condicionalidades do PBF, inexistente no sistema anterior. Além disso, nesse caso o município deixava de receber a verba do IGD, que é dividida entre a Secretaria de Educação, de Desenvolvimento Social e de Saúde, o que também gerava uma pressão política sobre o Nutrir.

Como diz Mário Testa (1992), a organização de um serviço de saúde depende de um projeto que se disputa entre os poderes técnicos, políticos e administrativos. Qual estratégia – categoria do possível em função do necessário (MATUS, 1978) – seria possível engendrar, considerando o baixo poder político do Nutrir, para incidir na construção de um projeto viável para a captação do dado do PBF?

A partir das aprendizagens interdisciplinares, nas quais se percebeu o quanto cada intervenção em saúde se potencializa com o encontro com outros saberes, apostou-se em ações que possibilitassem a sensibilização da rede de saúde às questões que envolviam a infância, qualificando o ato que produziria o dado que era

⁶ Para mais informações visite o site do Ministério do Desenvolvimento Social no link: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>>.

necessário coletar para o PBF e para o SISVAN. Além do trabalho pontual das nutricionistas de referência para cada região de saúde do município junto às equipes das UBS, foram criados os “Seminários Itinerantes” – atividade programada em parceria com a UBS, na qual foram desenvolvidos seminários abordando temas sobre atenção à infância que respondessem à demanda da equipe local. Também foram realizadas as “Oficinas Parceria de Natal”, que reuniam representantes das equipes de diversos serviços de saúde do município para participarem de uma oficina no Nutrir, para produção de bolachas de Natal a serem distribuídas pelas equipes em suas UBS, como parte das atividades comemorativas da data. O retono destas estratégias foi a valorização do cuidado com a infância e o reforço da parceria entre o Nutrir e os serviços de saúde, verificado na intensificação das discussões de casos sobre a infância e também na facilitação da coleta dos dados. Mesmo assim, nem sempre foi possível alcançar o acompanhamento mínimo exigido pelos programas governamentais, o que forçava a nutrição a fazer mutirões de pesagem – um esforço enorme para alcançar um resultado burocrático.

Com os recursos do IGD e da PNAN, o Nutrir investiu no eixo de educação nutricional – com o projeto “Nutrição em Cena” – e na qualificação da equipe. Foi contratada uma peça teatral, com a encomenda de focar a alimentação nutricional, a qual foi apresentada gratuitamente para mais de 300 estudantes da rede de ensino do município. Foi a primeira ida ao teatro para a maioria das crianças. Também foram contratadas esquetes teatrais sobre a amamentação, para serem encenadas em diversos serviços de saúde do município durante a campanha de amamentação. Nas salas de espera das UBS, as pessoas ficavam surpresas ao ver entrar cantando um grupo de atores que encenava problemas comuns de amamentação. Eram momentos em que se colhiam muitas lágrimas, inclusive dos pais que assistiam às cenas.

A qualificação da equipe, da qual participaram todos os integrantes do Nutrir, inclusive a merendeira e a auxiliar de serviços gerais, deu-se através da promoção de um seminário de planejamento do trabalho, com encontros semanais durante o ano de 2008, e também em uma oficina de escrita. Percebia-se a necessidade de estudar e produzir sobre a experiência desenvolvida.

Na tentativa de entender a forma como o Nutrir levou para o eixo da gestão das políticas públicas, articulado ao eixo da educação, as aprendizagens adquiridas na clínica interdisciplinar, foi cunhado o termo *ato de interdisciplinar* (MÜLLER, 2009). Tentava-se, desta forma, marcar que a interdisciplina se revelava em ato, na práxis. Por isso que, nesta concepção, interdisciplinar é verbo, algo que tem ação e reflexão/inflexão. Observou-se que o *ato de interdisciplinar* tem muitas faces, dimensões e ações. Tem orientação horizontal. Em círculo, de preferência, como sugere Cecílio (1997): tem movimento, múltiplas entradas e saídas e não hierarquiza as relações. É espaço de circulação de saberes, campo de limites imprecisos onde os saberes buscam apoio para agir em saúde (CAMPOS, 2000). Aprendeu-se que *Interdisciplinar* não é da ordem do ideal. É da ordem do possível, daquilo que pode ser agenciado, ao considerar todos os saberes envolvidos na pactuação com o poder-saber político e o poder-saber administrativo. É uma estratégia, agenciamento do possível, como diz Matus (1978), para produzir o cuidado em saúde.

Dentro deste cenário amplo, foram selecionados dois casos clínicos de acompanhamento de bebês, ambos grandes desafios para a equipe, para que se pudesse lançar um olhar mais detalhado sobre como operava a prática clínica entre saberes no Nutrir.

2. MÉTODO

2.1 NARRATIVA COMO UM MÉTODO DE PESQUISA

Narrativas têm sido cada vez mais presentes em pesquisas qualitativas no campo da Saúde Coletiva. São utilizadas na tentativa de compreender, desde diferentes pontos de vista, o trabalho na Saúde Coletiva, de construir significados e de descrever experiências vividas, além da ampliação da prática clínica (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). A narrativa é compreendida como uma forma possível e válida de colher o material do campo da pesquisa qualitativa (SILVEIRA, 2013).

A narrativa também pode ser uma forma de mediação entre discurso e ação, segundo a crítica literária de Ricoeur; entre acontecimento e estrutura, conforme as correntes historiográficas; entre indivíduo e sociedade, na visão das correntes da comunicação; entre memória e ação política, para a psicanálise de Kristeva (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2008).

Não seria de interesse termos ferramentas metodológicas para pesquisarmos as mediações entre o que se diz e o que se faz (discurso e ação)? Entre eventos ocasionais e questões mais estruturadas? Entre os sujeitos individuais e os coletivos? Ainda, não se faz premente a necessidade da “vinda ao mundo de um texto” em relação a essas novas práticas? O que se passa nas casas durante as visitas domiciliares? Como se defende uma equipe da proximidade com a loucura? (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2008, p. 1085).

A narrativa é o fio condutor desta pesquisa. Ela é uma tentativa de transformar em prosa a poesia do fazer *entre saberes*. Porque lançar-se em jogo

abrindo mão das certezas acadêmicas para experimentar pensar junto com outro saber é quase como fazer poesia, é a procura de um ritmo, a colheita de fragmentos de frases e a suspensão de palavras, de sons, para dar vez ao outro falar, para ter o tempo de ouvir. É quando se tocam os saberes, “Tudo se sente, e nada se explica.” como diz Gutfreind (2012, p. 30) ao falar da poesia “que inaugura a gente” no encontro poético entre mãe e bebê.

Como escreve Palombini (2007, p. 9), “a articulação de saberes plurais (...) implica a afetação recíproca entre os saberes, onde a ignorância, o insabido, igualmente faz função”. No encontro *entre saberes* há que se desejar certo grau de ignorância e uma tolerância ao não sabido. Afinal, “o *entre* implica o fato de que não há lugar todo para suportar a existência, uma significação última que pacifique o indomesticável de cada um, um alojamento confortável no campo do Outro”, como diz Andrea Guerra (2012, p. 180).

O encontro *entre saberes* se inaugura com a poesia, uma forma de habitar a ignorância, o insabido. Habitar um lugar é colocar coisas próprias ali, e isso não acontece sem que ocorram profundas modificações subjetivas em quem as põe (RODULFO, 2004). Precisa-se de palavras que deem sentido, que permitam fazer a travessia da experiência sem o sentimento de perder a referência a si mesmo como profissional – por isso, narrar, fazer prosa. Contar as histórias é um processo de constituição subjetiva, ao mesmo tempo em que dá visibilidade aos processos de produção de um fazer *entre saberes*.

Walter Benjamin e Ricardo Rodulfo são inspiradores das narrativas aqui apresentadas. Benjamin, por conceber, com o seu narrador sucateiro, uma narrativa articulada de forma inextricável à transmissão de uma experiência, como nos dizem Rickes e Maraschin (2011). E Rodulfo (2004), por conceber uma forma de transmitir a experiência psicanalítica através de um modelo clínico e narrativo extraído diretamente da prática, nominado por ele de Estudo Clínico. Como um gênero de pesquisa, o Estudo Clínico focaliza um processamento de materiais não assimilável à aplicação de um molde sobre uma massa, mas ao processo do amassar do qual irá surgindo a conceitualização.

Em um estudo clínico, o que importa não é tanto o conteúdo, mas a maneira de contar e de pensar sobre a clínica. Rodulfo propõe acompanhar o modo do

caminhar da clínica psicanalítica, raramente linear, composto de fluxos e refluxos. A narrativa clínica segue desdobrando perguntas, material após material, tal qual se faz na clínica. É um caminhar sinuoso, acompanhado de uma narrativa que coleta o que emerge da prática clínica.

Rodolfo (1990) também aporta nesta pesquisa pela via do brincar. Um conceito, para o autor, é como um brinquedo: há que se perder o respeito por ele para que se possa usá-lo, rompê-lo, sujá-lo. Uma veneração a um conceito ou a uma teoria, ou a uma técnica, dificulta ou anula a produção em qualquer ordem. Uma veneração a uma disciplina impossibilita o encontro *entre saberes*. Se não pudermos brincar com os saberes, não haverá produção de novos saberes, novas formas de estar no mundo. O autor aponta ainda a importância de se falar do brincar no infinitivo, acentuando seu caráter de produção de significantes com os quais a criança se constitui simbolicamente. A criança extrai e processa ativamente os significantes do material que o meio oferta, e é dessa ação extrativa que ela se constitui simbolicamente ou, podemos dizer, engendra-se como gente.

Dessa forma, tanto quanto naquele momento, quando a equipe do serviço de nutrição sentava entre bebês e brincava de se engendrar gente, a pesquisa será uma brincadeira com as memórias, jogos entre os sentidos rememorados, recontados, e os conceitos teóricos. Em uma das narrativas, algumas personagens incorporam determinados conceitos teóricos, fazendo-os atravessar as histórias, afetando os rumos e se transformando na medida em que se apresentam. A própria escrita é uma brincadeira, uma extração de significantes das cadeias emergidas pelas lembranças e pelas leituras.

Narrar é transmitir uma experiência, como nos ensina Walter Benjamin (2012). Não uma vivência (*Erlebnis*), descrita como uma pequena experiência individual, particular. Mas uma experiência (*Erfahrung*) articulada de forma inseparável da transmissão. A narrativa é uma experiência coletiva, uma arte de intercambiar experiências, porque o narrador retira de sua própria experiência ou da relatada por outros o material subjetivo que é incorporado, por sua vez, à experiência de seus ouvintes.

Era desta forma que a tradição compartilhada de uma comunidade era transmitida de geração em geração pela palavra de pai para filho. Para Benjamin, a

extinção da narrativa tradicional era consequência da organização capitalista dos modos de produção, incentivadores da individualidade, empobrecedores dos coletivos. A impossibilidade de uma resposta simbólica ao trauma da Primeira Guerra Mundial também mostrava, segundo o autor, a extinção da narrativa. Gagnebin (2009) aponta que Benjamin, apesar de constatar o fim da narrativa tradicional, no ensaio *O Narrador* esboça a possibilidade de outro tipo de narração, que catará os cacos de uma tradição em migalhas para compor suas narrativas.

O narrador, então, passa a ser a figura do trapeiro, daquele que recolhe os restos, os cacos, pelo desejo de não deixar nada se perder. Esta é a premissa ética e política de Benjamin, ao propor um narrador sucateiro: não deixar o passado cair no esquecimento. Gagnebin (2009) aponta que a rememoração implica uma ascese da atividade historiadora para se abrir àquilo que ainda não teve direito nem à lembrança nem às palavras. O passado é rememorado mantendo uma atenção precisa ao presente, sobre o qual ele agirá, transformando-o através da narrativa.

Os casos clínicos, nesta pesquisa, foram narrados “a contrapelo”, lócus onde se pode situar ética e politicamente o ofício de historiador de Walter Benjamin (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Histórias narradas pelas suas marcas, onde os olhares, os sorrisos, os odores, os leites, as gramas ganhadas ou perdidas se atravessavam para promover a vida nos bebês, em todos, na verdade.

Portanto, Benjamin aporta nesta pesquisa para que ela possa transformar-se em uma experiência, a partir da rememoração dos casos clínicos em narrativa. Com Rodolfo, através do estudo clínico, transformam-se as narrativas em espaço de processamento da clínica, de forma que, em seu desenvolvimento, uma argumentação fosse sendo elaborada com um aporte teórico. Vários autores comparecem para processar o pensamento no tocante à relação mãe-bebê, como Winnicott, Rodolfo, Julieta Jerusalinsky, ao lado de outros que vêm pensar a forma como se faz escolhas em saúde, como Foucault ou Pelbart, ou, ainda, para pensar os modos de fazer saúde, como Onocko-Campos, Testa, Campos, Matus.

Nesta pesquisa, a afirmação de Benjamin de que uma narrativa é uma forma de intercambiar experiências transformou-se em um dispositivo de pesquisa denominado de “Encontro entre nós”. Foram convidadas para colaborar na pesquisa

ex-colegas⁷ que vivenciaram os casos clínicos nos atendimentos aos bebês que se realizavam no Nutrir. Elas passaram a ser nominadas como pesquisadoras-colaboradoras e receberam cadernos de campo que tinham a função de se fazer extensão do encontro, “uma almofadinha onde os pensamentos deitam-se para se transformar”⁸.

O nome “Encontro entre Nós” surgiu de uma brincadeira, troca de palavras, sentido de carinho. “Nós”, um plural, um coletivo. “Coleção de traços, cadeia de significante, que se distribui em vozes, em outros semelhantes, enfim, entre muitos”, como define Luciano Elia (2011, p. 38). E também como “nós” de uma rede, que produz conexões e desvios que fazem bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais (PASSOS, BENEVIDES DE BARROS, 2001). “Somos nós que vamos tecendo nossos nós e compondo um saber coletivo” (MARQUES, 2012, p. 32). Nós a produzir novos nexos, novas histórias que deslizam de significante em significante, de encontro em encontro, produzindo narrativas sobre a experiência vivida.

As pesquisadoras-colaboradoras não ocuparam um lugar de objeto de pesquisa. Suas percepções não foram examinadas, como poderia ocorrer em outro tipo de pesquisa. Suas percepções e lembranças compuseram as narrativas junto com as da pesquisadora-mestranda. A coautoria das narrativas será oficializada na publicação de artigos em conjunto. Apostou-se que uma experiência fundamentada no compartilhamento *entre saberes* pudesse produzir uma escrita também compartilhada.

Na encruzilhada que gerou o encontro entre os saberes da nutrição e da psicanálise, objeto desta pesquisa, está o desenvolvimento de crescimento a partir da avaliação antropométrica do bebê em relação ao seu desenvolvimento subjetivo. Em relação, porque se afetam, se autorreferenciam, se coengendram. Ultrapassar a dicotomia que estabelece o corpo que é pesado em um domínio e o corpo que é subjetivado em outro é a cruzada enfrentada pelo trabalhador em Saúde Coletiva.

⁷ As nutricionistas Daniela Schneider e Mabilia Maria Dalmazo Dotto e a psicóloga Marília Silveira, ex-estagiária do Nutrir.

⁸ Anotação do caderno de campo da pesquisadora-mestranda durante um “Encontro entre Nós”.

Enfrentar a chegada a uma *encruzilhada clínica* era um ponto fundamental para sustentar a complexidade de um fazer *entre saberes*. E, para isso, a pesquisa não poderia se colocar de forma dicotomizada – ela também precisava se dar em relação, trabalhando diretamente com os dados clínicos do prontuário em relação à rememoração. Para tanto, foi solicitada a autorização para acesso aos prontuários do Nutrir, no período compreendido entre os anos de 2005 até o final de 2010.

Aos dados clínicos – números que dizem respeito ao peso, altura e situação clínica do bebê –, foi dado um trato rememorativo, já que tanto no presente quanto no passado eles faziam parte da cadeia de fatos, atos e linguagem que constituía o bebê em sujeito. As decisões terapêuticas tomadas pela equipe eram sempre em relação tanto aos dados concretos da situação clínica do bebê quanto à situação subjetiva implicada, como se pretende mostrar nas narrativas.

Na medida em que o coletivo “Encontro entre Nós” foi se constituindo e foi clareando a importância que a visibilidade da *encruzilhada clínica* representava para a pesquisa, foi se desenhando uma forma de conduzir a investigação tal qual um *circuito narrativo*. O processo de construção das narrativas foi disparado por uma primeira versão do caso, escrita pela pesquisadora-mestranda a partir do processamento textual dos elementos da rememoração, articulados aos dados dos prontuários e também à consulta às mensagens eletrônicas trocadas pela rede que foi montada para acompanhar um dos casos narrados. Esta primeira versão da narrativa foi submetida ao olhar das pesquisadoras-colaboradoras. As discussões produzidas nos encontros, as rememorações em conjunto, as leituras dos cadernos de campo das colaboradoras, eram processadas pela mestranda para produzir novas versões, a serem novamente remetidas ao grupo.⁹

A proposta da pesquisa foi celebrada pelo coletivo “Encontro entre Nós”. Os afetos envolvidos no encontro laçaram-se entre si, construindo uma transferência de trabalho (FIGUEIREDO, 2005). A promessa de novos encontros reacendeu a parceria antiga, talvez com a ilusão de que ela pudesse se reproduzir – mas não se estava ignorando a presença da ilusão. Desde o início, marcava-se a delicadeza

⁹ Esta proposta aproxima-se e ao mesmo tempo diferencia-se da proposta de Onocko-Campos e Furtado (2008), para quem as narrativas se inserem nas estratégias de pesquisa participativa à maneira de um círculo hermenêutico, envolvendo os seus atores em várias retomadas de suas narrativas. A principal diferença encontra-se no fato de que as colaboradoras não se envolveram diretamente com a escrita das narrativas, como se esclarecerá a seguir.

desse processo, ou melhor, dos processos que envolviam a construção da parceria em grupo e, ao mesmo tempo, da construção do lugar de pesquisadoras.

A ideia inicial, ou melhor, o ideal da ideia, era que o “Encontro entre Nós” sempre ocorresse em coletivo, com todas as pesquisadoras juntas fazendo o texto ganhar vida, permitindo deixar-se afetar pelo encontro, lendo o que pudesse haver de anotações nos cadernos de campo. De fato, um encontro entre todas as pesquisadoras ocorreu somente duas vezes. Ao todo foram oito encontros, dois com o grupo completo e seis com duas ou somente com uma colaboradora, alternadamente. Os cadernos de campo foram efetivamente usados somente nos dois encontros nos quais compareceu o grupo completo.

Problemas de agenda, demandas diversas nas vidas de cada uma delas, inclusive da pesquisadora-mestranda, interviam no processo. Aspectos conjunturais – tempo, trabalho, família – intervêm de forma contundente em uma pesquisa que reúne pessoas que não se encontram regularmente, como em um ambiente de trabalho ou de estudo. Mas, mesmo quando uma instituição regula os encontros, não significa que não sejam enfrentadas resistências ao processo do trabalho em equipe e *entre saberes*. Às vezes pode-se visualizar o embate entre as diferenças que comparecem ao encontro, e isso é salutar quando se pode tomá-las em análise. As resistências inconscientes estão ativas, e, como lembra Onocko-Campos (2012), devem ser trabalhadas com o auxílio de uma instância terceira, uma supervisão.

Mas o viver não é da ordem do ideal. O viver é da ordem do possível. O pesquisar também. E talvez aí resida a possibilidade de continuar vivendo, ou pesquisando – privilegiar a articulação do possível. No caso do “Encontro entre Nós”, o possível foi tentar fazer as articulações conforme as possibilidades e as permeabilidades diferentes ao desejo de pesquisar.

As narrativas produzidas são fruto da celebração, da delicadeza e das diferenças. Em nenhum outro momento ou em nenhuma outra configuração de equipe elas trariam o conteúdo que trazem hoje. Ao longo do trabalho, foi se constituindo uma forma de participação para as colaboradoras e para a mestranda, estabelecendo diferenças e constituindo um processo de construção da escrita. As colaboradoras contribuíram no conteúdo das narrativas, pela forma como suas

participações alteraram a escrita. Elas não produziram a escrita direta das narrativas. A mestranda é responsável também pelo conteúdo, mas especialmente pela escrita, pelo estilo do conjunto do texto, pela escolha dos autores, pelos destaques dado às sucatas e aos extratos produzidos. O resultado aqui apresentado é uma escrita na qual o leitor não sabe onde começa nem onde termina a colaboração de cada uma, efeito do processamento do material coletivo pela escrita da mestranda.

No restante do texto, além das narrativas, as colaboradoras são coautoras vivenciais da experiência (TOROSSIAN, 2009a), assim como são também outros trabalhadores e usuários do serviço, os bebês e sua famílias. Como diz Winnicott (1982, p. 165): “Nossos pacientes nos ensinam essas coisas, e me perturba que eu deva transmitir dessa forma esses pontos de vista como se fossem meus”.

As histórias narradas foram escolhidas pelo coletivo “Encontro entre Nós”, a partir do critério de desacomodação. Ou seja, casos que questionaram as convicções teóricas e que motivaram um investimento na procura de um caminho clínico que promovesse saúde. Portanto, a desacomodação é um critério que leva em conta justamente um não saber como conduzir um caso, devido às circunstâncias que envolviam os limites encontrados na prática clínica, nas próprias colaboradoras, na família e na rede disponível – ou na rede que era possível constituir – para sustentar um projeto terapêutico. A avaliação inicial de cada caso e também intercorrências do processo de tratamento são mais importantes que o próprio resultado alcançado no tocante à escolha dos casos narrados.

Foram escolhidos três casos para serem narrados, dos bebês Luiza, Renata e Luis André. Foi uma escolha unânime para o coletivo “Encontro entre Nós”. Outros nomes também surgiram, mas foi pactuado que três casos já seriam suficientes para a proposta de uma dissertação. Mas a escolha de três casos também não sobreviveu ao teste de realidade. Os entraves do processo do circuito narrativo – as dificuldades em efetivar os encontros – foram configurando a necessidade de fazer escolhas.

Luiza foi um dos primeiros bebês a apresentar de maneira clara e urgente a importância de um olhar interdisciplinar. Também foi o primeiro caso a ser submetido

ao circuito narrativo, portanto, o primeiro a ter seu texto concluído. O caso de Luis André apresentou-se como a aposta mais complexa de um trabalho em rede que a equipe enfrentou. Foi o segundo caso a ser tomado em narrativa. O caso de Renata, que não é mais novidade para aquele que leu até aqui esta dissertação, foi escolhido porque potencializou o trabalho em grupo e o brincar. Ele já havia sido esboçado no projeto da dissertação e, pensava-se, seria mais fácil colocá-lo no circuito narrativo, por isso foi deixado para ser o último deles a ser narrado.

Mas outra situação entreviu, algo interessante, desta vez. O caso de Renata havia sido apresentado em 2010 em um evento da área¹⁰ e, antes mesmo que o caso de Luiza iniciasse a sua passagem pelo circuito narrativo, o grupo foi convidado a publicar o caso de Renata em um livro que reuniria artigos daquele evento (MÜLLER et al., 2013). As autoras do artigo – a pesquisadora-mestranda e duas das pesquisadoras-colaboradoras, mais uma ex-estagiária de nutrição – dedicaram-se a revisar arduamente o artigo sobre Renata para a publicação. Depois de várias revisões, era preciso uma distância dele para que pudesse ser retomado novamente na dissertação. E, quando finalmente chegou a vez da narrativa do caso de Renata, percebeu-se que não havia mais tempo de submetê-lo ao circuito narrativo. Também se percebeu que as narrativas anteriores mudaram o ponto de vista da pesquisadora-mestranda – escrever, afinal, muda a posição de olhar e de se colocar perante as coisas e o mundo. Como disseram Passos e Benevides de Barros (2000), não se é imune ao que se conhece. Não se trataria somente de retomar o caso escrito no projeto, mas, sim, de escrever um caso novo.

Desta forma, o caso de Renata deixou de constituir uma das narrativas desta dissertação. Alguns comentários, porém, a partir de recortes do caso, foram feitos¹¹. O caso de Renata talvez reapareça no futuro, em outra narrativa, outro lugar.

Como política de narratividade, foi escolhida a criação de personagens híbridas para representar o papel ocupado pelas trabalhadoras de saúde: a Nutricionista, a Pediatra e a Psicóloga, sempre com letra maiúscula. Cada uma delas representa um conjunto de traços de diversos trabalhadores que ocuparam as mesmas funções que elas referenciam. Vários estagiários e diferentes profissionais

¹⁰ Apresentado no I Encontro Internacional/VIII Encontro Nacional sobre o Bebê organizado pela Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê (ABEBÊ), ocorrido em São Paulo em novembro de 2010.

¹¹ A referência ao caso de Renata encontra-se na página 20.

de nutrição e de psicologia passaram pelo Nutrir. E, com igual intensidade às profissionais especializadas, havia a merendeira e a auxiliar de serviços gerais, pessoas implicadas com o fazer do Nutrir e com a infância. A Nutricionista e a Psicóloga guardam algo delas em suas passagens pelas narrativas. Já a Pediatra representa a rede viva de profissionais e de serviços com a qual se pôde contar naquele período.

A liberdade ficcional usufruída na elaboração das narrativas confere um estatuto de invenção ao elaborado na escrita. Como afirma Marília Silveira (2013), a partir de Passos e Eirado (2010), não só transformamos a realidade ao conhecê-la, também a inventamos para conhecê-la. Por isso que nenhuma das personagens representa uma única trabalhadora em nenhum momento das narrativas, embora aqueles que conheceram os casos pudessem apontar o nome de quem viveu cada experiência. A personagem é uma invenção carregada dos cacos, dos restos, das sobras que o narrador sucateiro de Benjamin recolheu no circuito narrativo.

Demais trabalhadores que comparecem nas narrativas são referenciados pelas suas profissões em letras minúsculas porque representam outro serviço público ou privado da rede. Os nomes dos bebês e de seus familiares foram trocados para proteger suas identidades. Manteve-se uma relação com a sonoridade do nome original e com alguns jogos com os nomes, análogos aos que operavam nos nomes originais, como Luis André, nome composto como o de seu pai (Luis Vicente), no qual o primeiro nome era idêntico para pai e filho, e cuja letra inicial coincidia com a letra inicial do nome da mãe (Lenira).

Os dois casos narrados apresentam dois momentos distintos do trabalho *entre saberes* desenvolvido no Nutrir. Luiza apresenta o trabalho entre a nutrição e a psicanálise de forma mais intensa, mais próxima, no qual se investiu nos detalhes do momento em que se está em ato na clínica. A rede que então se fez necessário constituir tinha uma amplitude menor do que a do caso de Luis André.

No caso de Luis André, escolheu-se ir da particularidade do encontro em ato na clínica até uma abertura ao encontro com a rede, apresentando com mais detalhes a constituição e a sustentação de um projeto de trabalho multiprofissional e multissetorial.

Ambos os casos – a história de Luiza, “Um bebê na beira do abismo” e a de Luis André, “Um bebê entre a loucura, a violência e seus fantasmas” – serão apresentadas nas próximas páginas.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais implicados no trabalho com pessoas, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer de Nº 480.373/2014.

3. NARRATIVAS DA CLÍNICA

3.1 UM BEBÊ NA BEIRA DO ABISMO

Luiza, um bebezinho de 15 dias de vida, não ganhara peso suficiente desde o nascimento, apesar de mamar exclusivamente ao peito como é recomendado. Seu corpo emagrecido sumia dentro das roupas frouxas. Sua pele flácida parecia despregar dos ossos, como em um ancião. Bebês perdem peso logo ao nascer, mas também o recuperam facilmente dentro de 8 a 10 dias (VITOLLO, 2008). No entanto, Luiza, com 23 dias de vida¹², quando voltou pela segunda vez à consulta com a Nutricionista, ainda não havia recuperado o peso que tinha ao nascer.

A Nutricionista, ciente de que a literatura científica¹³ garante que não existe “leite fraco” e também em posse do encaminhamento da Pediatra para a mãe participar do Grupo de Maternagem, voltou sua atenção para a zona delicada dos afetos envolvidos no ato de amamentar, afetos que circulavam naquela pequena família composta por pai, mãe e Luiza. A nutricionista já trazia na bagagem experiências em parceria com a Psicóloga, com as quais aprendeu que muitas vezes problemas nutricionais são sintomas de problemas relacionados às questões afetivas, mesmo quando se trata de bebês.

Luiza chorava muito. A mãe, com nível médio completo, secretária, e o pai, técnico em computadores, eram ambos jovens trabalhadores, oriundos de uma classe social baixa e em franca ascensão, proprietários de um pequeno apartamento popular em um condomínio novo no bairro. Pareciam perdidos entre suas certezas sobre como criar um filho e a realidade berrando em seus ouvidos dia e noite.

Sim, eles tinham muitas certezas. E uma delas era que sua filha seria alimentada exclusivamente com o leite materno até os seis meses de vida. “Amamentação. Garantir este direito é responsabilidade de todos”, preconizava o Ministério da Saúde em 2006, ano em que nasceu Luiza. Mãe e pai recitavam as orientações do Ministério da Saúde para a amamentação exclusiva. O direito ao

¹² Dados do prontuário de saúde do Nutrir.

¹³ No que diz respeito à fisiologia da lactação, dificilmente a situação dietética ou nutricional da mãe vai alterar a qualidade do leite materno. Em condições de desnutrição materna ocorrem adaptações no organismo da mulher para sustentar a lactação (VITOLLO, 2008).

aleitamento materno exclusivo para Luiza estava garantido, mas, mesmo assim, sua saúde estava comprometida.

O que acontecia que o leite materno não produzia ganho de peso em uma criança clinicamente saudável? Em nutrição, a hipótese mais provável para o baixo ganho de peso é uma técnica inadequada na hora da amamentação. A técnica “correta” compreende a posição da criança no colo da mãe, a maneira como a criança abocanha a mama, os períodos, os horários, a duração das mamadas e a maneira como se interrompe a mamada (VITOLLO, 2008).

Luiza mamava ansiosamente. Agitada, não abocanhava bem o seio, demorando para se acalmar. E a mãe dizia: “Ela é braba como a mãe!”. Sim, havia problemas na técnica de amamentação. Mas também havia uma mãe braba que chorava nas consultas de nutrição porque sentia muita pressão familiar em relação aos cuidados com sua filha, estava estressada com a desordem do apartamento novo e da vida nova como mãe e como esposa.

As orientações sobre a técnica adequada de amamentação não surtiam efeito – caíam em um solo carregado de angústia e não floresciam. E a mãe se negava a dar o complemento com leite artificial, mesmo com a insistência da Nutricionista sobre o agravamento do quadro nutricional. Ao completar um mês de vida, Luiza continuava com o peso abaixo do que tinha ao nascer. Nesse momento, a Nutricionista entendeu que era chegada a hora de ampliar a discussão para o campo da psicanálise. Já conhecia o caso o suficiente para corroborar a indicação da Pediatra ao Grupo de Maternagem.

Nutricionista e Psicóloga discutiram longamente o caso de Luiza. O Grupo de Maternagem estava no seu terceiro mês de funcionamento, e a maioria das mães participantes eram velhas conhecidas do Nutrir: seus filhos anteriores já haviam sido atendidos pela Nutricionista, e os seus novos bebês já chegaram com as características que os outros também apresentavam em relação ao desenvolvimento.

A diferença que a condição de Luiza apresentava em relação às outras crianças que estavam no Grupo de Maternagem era a urgência do caso. A demora em ganhar peso era um problema muito sério, dizia a Nutricionista, ao explicar para

a Psicóloga que um bebê requer de três a quatro vezes mais energia por dia do que um adulto, devido à alta taxa metabólica necessária para o crescimento e o desenvolvimento. Somente a partir dos dois anos é que o potencial genético passa a ter impacto sobre o desenvolvimento da criança, como ser baixinha como pai ou magrinha como a mãe. Até os seis meses, espera-se que o bebê dobre o peso de nascimento. Para isso ele precisa adquirir em torno de 20g/dia (VITOLLO, 2008). Até aquele momento, completado um mês de nascimento e considerando o acompanhamento do Nutrir, em 14 dias Luiza havia ganhado 50g, o que corresponde a 3,6g/dia, e ainda não havia atingido o peso que tinha ao nascer. Se ela não ganhasse peso logo, seu desenvolvimento poderia ficar seriamente comprometido.

A Nutricionista também falou sobre a ansiedade e a “brabeza” da mãe e do bebê. Quando um bebê não aceita bem o seio da mãe, é provável que haja uma interferência na capacidade da mãe para adaptar-se às necessidades da criança, ponderou a Psicóloga. As coisas mais importantes que se pode fazer por um bebê não se pode fazer somente com palavras – uma mãe tem de saber isso em “um nível mais profundo”, não necessariamente naquela parte da mente que tem palavras para tudo (WINNICOTT, 1997). Há um momento em que a mãe sente que o essencial se constitui na mais simples das experiências: o contato sem atividade, como tomar o bebê nos braços, ou virá-lo no berço, ou simplesmente acomodá-lo mais confortavelmente, podendo o confortável ser algo singular para o bebê. “Tudo isso é muito sutil”, diz Winnicott (2006, p. 5), “mas, ao longo de muitas repetições, ajuda a assentar os fundamentos da capacidade que o bebê tem de sentir-se real”, conclui o autor.

Conhecer as orientações do Ministério da Saúde ou as técnicas de amamentação por si só não causa impacto na forma como a mãe se relaciona intimamente com o bebê. Não se cuida de um bebê porque se tem um entendimento intelectual sobre o desenvolvimento infantil, mas sim porque ele é uma pessoa importante em sua vida. É preciso um grau muito elevado de identificação da mãe com o bebê – chamada por Winnicott (2000) de Preocupação Materna Primária –, uma capacidade para colocar-se no lugar dele e saber o que ele necessita.

As duas parceiras de trabalho, a Nutricionista e a Psicóloga, enquanto discutiam o caso, começavam a se fazer perguntas sobre Luiza e sua mãe. O que era a “brabeza” que a mãe supunha na filha? O que se passava que a mãe e o pai, aparentemente tão seguros de si sobre as normas para amamentação, não conseguiam perceber o risco que Luiza corria, apesar da orientação da Nutricionista?

Decidiram por uma interconsulta, por um acompanhamento individual, e não pela entrada da mãe no Grupo de Maternagem. Na concepção delas, o caso era grave e seria necessária uma intervenção intensa, com mais de um encontro por semana, para evitar danos maiores à saúde de Luiza. Tinham receio de que o tempo de adaptação da mãe ao grupo atrasasse ainda mais o tratamento de Luiza.

A psicóloga agora acompanhava a consulta lado a lado com a Nutricionista e via o seu esforço em traduzir para aqueles pais – que faziam uso de argumentos científicos em prol do aleitamento exclusivo – por que ganhar mais peso era importante para o desenvolvimento do corpo do bebê. Ela continuou insistindo com os pais para que fosse introduzida uma fórmula láctea, como complementação, mesmo que se estivesse contrariando as orientações da OMS¹⁴, do Ministério da Saúde, da literatura científica e a decisão da família.

Na consulta seguinte, Nutricionista e Psicóloga aguardavam a mãe preparadas para encaminhar uma internação hospitalar, caso a criança não tivesse ganhado peso. Para alívio das profissionais de saúde e decepção da mãe, Luiza havia ganhado 30g/dia! Aceitou a mamadeira e continuou mamando no peito. A mãe estava arrasada. A Nutricionista teve a impressão de que a mãe ofereceu a mamadeira na esperança de provar para si mesma que não faria diferença nenhuma no peso da criança. Ofereceu, então, para a mãe, outra forma de ver o que se passava agora entre ela e o bebê: se a criança tomasse a fórmula láctea, ela poderia ficar mais forte para mamar mais no peito porque, afinal, como poderia uma mamadeira substituir o carinho do momento da mamada? Agora a Nutricionista

¹⁴ Em 2001 a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou a Resolução A54/INF.DOC./4 (disponível em http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf), que foi endossada pelo Ministério da Saúde, na qual recomenda, para a população em geral, que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade.

acabara de profanar uma verdade construída na literatura científica¹⁵ e reverberada na não científica de que, quando uma criança começa a tomar mamadeira, ela abandona o peito porque este exige um esforço muito maior para sugar. A Nutricionista, embora nunca tenha ouvido falar de Giorgio Agamben (2007), “profanou” – no sentido que o filósofo italiano imprimiu a este termo – um saber sobre a amamentação que fora tornado sagrado pela ciência, ao pegá-lo nas mãos e devolvê-lo para a mãe fazer uso dele como lhe aprouvesse.

A escuta da Nutricionista foi feliz, ao manter o domínio da amamentação junto àquela que tinha o mandato para isto: a mãe. Talvez naquele momento ela tenha compreendido de alguma forma que, apesar do discurso familiar se sustentar no aleitamento exclusivo, o que se mostrava realmente importante era a amamentação ao peito. E, porque era tão importante, não é de se estranhar que a mãe não tenha conseguido esconder uma ponta de tristeza e decepção, ao saber que o leite artificial foi “mais eficiente” que o leite que ela produzia. Não é incomum, hoje em dia, que as mães que não conseguem amamentar sintam-se frustradas e impotentes diante de um ideal social de maternidade, para o qual a amamentação seria o auge de um momento idílico de completude, de forma que o desejo de uma maternidade só estaria completo com o efetivo ato da amamentação.

Passada a etapa emergencial, quando Luiza finalmente começou a ganhar peso, as consultas conjuntas entre a Nutricionista e a Psicóloga puderam seguir um rumo menos prescritivo. Sim, uma dose de prescrição é necessária quando uma vida está em risco, mas, como vimos, ela não se sustenta sem uma dose muito delicada de escuta clínica. E, se isso não funcionar, então é necessário usar de recursos invasivos – como uma internação hospitalar. Estamos aqui falando de intervenções em casos graves, nos quais o risco de vida é eminente.

No decorrer das consultas em conjunto, a mãe de Luiza começou a contar sobre suas tentativas frustradas para acalmar a filha que chorava constantemente – aplicação de “técnicas” aprendidas com vizinhas, tias, irmãs. Um dia, chegou satisfeita consigo mesma: havia descoberto uma forma de fazer a filha parar de

¹⁵ O passo 6 (seis) dos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” recomenda não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica. Estudos (Bueno et al., 2002; Figueiredo et al., 2012) constataram que práticas de oferecer outros alimentos influenciam negativamente na duração do aleitamento materno.

chorar. Ela erguia Luiza entre suas mãos, de costas para ela e esticava os braços. Suspensa no ar nos braços da mãe e sem ter um olhar que lhe provesse uma âncora, Luiza prendia o fôlego e parava de chorar, como quem se equilibra na beira de um abismo – vivência de desamparo. Nutricionista e Psicóloga assistiram a cena também sem respirar. Algo se passava que fazia com que o afastamento do corpo da mãe pudesse ser tomado pela própria mãe como conforto. Cabe perguntar: Conforto para quem?

Esta cena, a *cena do abismo*, também ajudou a entender porque a amamentação era tão importante: o encontro da filha com o seio da mãe contemplava alguma possibilidade de aproximação, algo que talvez não fosse possível em outro momento, como quando ela chorava intensamente. Apesar de suas evidentes dificuldades para se deixar levar pela maternidade, a mãe amava a filha ao seu modo e queria muito se tornar uma boa mãe. Isso não impedia que a aproximação na amamentação fosse dolorosa para ambas, de tal forma que o estresse provocado nesse ato consumisse grande parte da energia que ele poderia produzir.

No rosto da mãe o bebê vê a si próprio (WINNICOTT, 1975). Durante um bom tempo, bebê e mãe são somente um. Qual o reflexo que Luiza via no rosto de sua mãe? Qual afeto que era compartilhado e internalizado naquele momento? Medo, desamparo? E um corpo não fica em alerta quando está sob ameaça? Sentidos e instintos estimulados para a resposta pronta à ameaça eminente. A energia do corpo concentrada na defesa, não no crescimento.

A *cena do abismo* produziu muito trabalho. O mais urgente era poder fazer com que uma escolha da mãe, embora suas características trágicas, não fosse desprezada pelo “saber” das especialistas – afinal, como já foi mencionado anteriormente, elas eram afeitas às profanações. Valorizar que a mãe tivesse alguma iniciativa e, ao mesmo tempo, questionar as consequências que ela poderia provocar exigiu muito cuidado e delicadeza da Nutricionista e da Psicóloga.

Também era preciso falar da distância entre o corpo da mãe e o da criança, e a Psicóloga se encarregou de provocar esta discussão, questionando sobre afetos que poderiam estar causando tensão ou preocupação para a mãe, supondo que algo sobre a maternidade pudesse surgir como angustiante. A clínica, porém,

sempre surpreende; afinal, estamos falando de pessoas, e não há um só entre os bilhões de humanos que seja igual ao outro.

A relação entre o avô materno de Luiza e sua mãe surgiu como uma tensão viva naquele momento. O motivo para o conflito familiar vinha de longe: quando a avó materna de Luiza estava no final da gravidez da qual nasceria a mãe de Luiza, foi abandonada pelo marido, que saiu de casa para viver com outra mulher. Desesperada, com outros filhos para criar, a avó de Luiza entrou em surto e foi internada em uma clínica psiquiátrica assim que nasceu sua filha, hoje mãe de Luiza.

Janaina Luiza da Rocha, a mãe de Luiza, que deu para a filha o seu segundo nome, não sabia quem cuidara de si nos seus primeiros meses de vida. Mãe e filha só se reencontraram após a alta hospitalar da mãe. Duas estranhas precisavam se conhecer, e ambas já traziam experiências que faziam o encontro ser complicado. Depois de algum tempo, o pai de Janaina Luiza voltou para casa, mas o mal-estar já estava instalado. No discurso, esse pai era culpado por toda a infelicidade da família.

A qualidade da experiência na primeira infância influencia a qualidade da função de mãe, já dizia Winnicott. A distância entre a mãe e o bebê provocada pela internação psiquiátrica – distância que talvez tenha se estendido para além da internação, supondo-se que o efeito da doença materna tenha ultrapassado a alta hospitalar – se reproduzia literalmente, anos mais tarde, entre outra mãe e sua filha na *cena do abismo*.

Falar sobre a distância entre Janaina Luiza e sua mãe abriu uma brecha para que se pudesse construir outra forma de relação entre mãe e filha que não impusesse uma distância. Não era ali, porém, que a mãe poderia continuar abrindo a história que lhe congelava os afetos; era preciso que ela tivesse um espaço seu para falar disso. Ali, o centro era Luiza e seu desenvolvimento. Uma vaga em um atendimento de psicoterapia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi produzida para que esta mãe fosse atendida. Uma contingência inesperada contribuiu nesse processo: uma estagiária de psicologia continuou fazendo trabalho voluntário após terminar seu estágio e se dispôs a atender a mãe de Luiza no CAPS, garantindo assim a vaga para psicoterapia, o que talvez não fosse possível sustentar

de outra forma. A rede de cuidado para Luiza se iniciou na Unidade Básica de Saúde pelas mãos da Pediatra, enlaçou-se no Nutrir e se estendeu para o CAPS.

O pai de Luiza, de nome Túlio da Silva, que tinha um horário de trabalho mais flexível e que esteve presente desde o início do tratamento, tornou-se mais presente ainda quando terminou a licença maternidade e a mãe precisou retornar ao trabalho. Atento, carinhoso com a filha, rigoroso com as indicações clínicas, confrontava a Nutricionista em relação às normas e técnicas para cuidar do bebê. Falava sobre seu bebezinho chorão dizendo que não tinha “teta” para acalmá-lo. Quando Luiza aprendeu a andar e pode sozinha deslocar-se pela casa, à noite procurava pela mãe para mamar. Ele reconhecia que não se tratava de fome, mas de um espaço de conforto, acolhimento para sonhos perturbadores.

Talvez o pai estivesse dizendo muito mais do que afirmar que era difícil acalmar Luiza e que em alguma medida ele não se sentia capaz de fazê-lo, assim como a mãe no início do tratamento. Digamos que seu argumento poderia ser sexista – mulheres têm ferramentas “naturais” para acalmar bebês. Mas pode ser também que ele estava demandando uma ajuda neste campo – pelo menos foi assim que a Nutricionista ouviu sua queixa e tentou ajudá-lo a perceber o que fazia com que Luiza se incomodasse e também se acalmasse.

Mas também podemos pensar que seu comentário dava notícias de um “giro” na relação entre a mãe e a criança, intermediada pelo seio. A distância que se estabeleceu entre elas no início era agora diminuída pela própria Luiza, que se deslocava no meio da noite à procura da mãe. Quando menorzinha, ela já dava indícios de que não desistiria de procurar um porto seguro – nunca desistiu de chorar, clamou por acolhimento e estendia o corpinho, os braços, as pernas, procurando tocar em alguém – lembrava um “polvo”, para a Nutricionista.

Luiza continuou mamando no peito. E continuou até depois de um ano de idade. Poderíamos supor que a ansiedade da mãe diminuiu quando percebeu que a filha estava ganhando peso e também ao perceber que não estava mais sozinha e desamparada. Havia uma rede montada para cuidar do bebê e um pai presente que lhe fez dizer uma vez que estava surpresa porque o marido a ajudava muito. Tinha muito medo de que seu casamento fosse igual ao de sua mãe.

Talvez a postura inicial, quase intransigente, a respeito da amamentação, estivesse ocupando o lugar de saber que ela supunha fora de si sobre o cuidado de um bebê. Nos dias de hoje, dias nos quais os saberes técnicos sobre a amamentação, elaborados a partir de uma perspectiva biológica, são mais valorizados nos serviços de saúde do que as experiências prévias da mãe e seu contexto social (COSTA, 2012), não será difícil encontrar uma mãe que suponha que o saber está no outro – e que isso dificulte, em determinadas situações, como a de Janaína Luiza, a que a mulher possa autorizar-se nos saberes de mãe.

A trajetória de vida de Janaína Luiza nos faz pensar que houve uma dificuldade na adaptação às necessidades do seu bebê porque ela própria, ao nascer, não teve a vivência de uma relação de dependência à mãe que fosse segura e prazerosa, tal como Winnicott (1982) descreve ser indispensável para um bebê. A identificação remete ao momento de ilusão compartilhada, em que o bebê é tudo para a mãe e a mãe é tudo para o bebê. Ilusão de completude para a mãe, revivescência, por identificação, do momento em que ela própria, quando bebê, sentiu-se no paraíso através do olhar de sua mãe. A dependência do bebê é vivida como ilusão de autossuficiência, necessária para fazer frente ao próprio desamparo do nascimento. “O importante é que o eu sou *não significa nada, a não ser que eu, inicialmente, seja juntamente com outro ser humano* que ainda não foi diferenciado” (WINNICOTT, 2006, p. 9).

Será que em Janaína Luiza havia como reverberar em si própria algum traço desta dependência, que pudesse ser vivido prazerosamente? Será que o encontro com o bebê Luiza, que ganhou o nome da mãe, não fazia com que ela revivesse toda a angústia e o desamparo de sua própria primeira infância?

Como o sofrimento da mãe será transmitido ao longo do tempo para Luiza, nós não sabemos. Naquele momento, ele estava se interpondo à amamentação. Também não sabemos como a afetividade da mãe modificou-se a partir da relação que ela teceu com o marido. O que sabemos é que o trabalho com as palavras que a mãe estava fazendo permitia outra forma de significar a dor – outras palavras para compor uma “bolha sensorial, um envelope de significantes” (CYRULNIK, 2006) a envolver a criança juntamente com o corpo a corpo da vida oferecida pelo pai e pela

mãe. Outra forma de dizer Luiza – que não fosse também Janaina. Afinal, Luiza era da Rocha e também da Silva.

No caso de Luiza, a máxima popular de que amamentar é mais que alimentar tornou-se uma verdade em sua radicalidade negativa. A amamentação não alimentava, mas tinha ali outra função. Para alimentá-la, era preciso oferecer outra fonte de nutrientes.

Durante o acompanhamento de Luiza pelo Nutrir, a mãe continuou em terapia. Apesar do início difícil, Luiza cresceu saudável, atravessou as etapas esperadas de seu desenvolvimento sem grandes percalços (nascer os dentes, introduzir outros alimentos, caminhar, falar, retirar as fraldas, entre outros). Quando estava mais ou menos com um ano de idade, decidiu-se que ela poderia ter alta do atendimento. A situação nutricional estava estável e segura, seu desenvolvimento psicossocial não indicava preocupações. Mas os pais foram resistentes à alta. Foi preciso trabalhar a saída do serviço, com interconsultas bimestrais, deixando as portas abertas para quando fosse necessário. Retornaram mais uma ou duas vezes para falar da escola infantil e sobre a retirada das fraldas. Depois disso, assumiram seguir seu próprio caminho, sabendo que havia um porto seguro para onde voltar se necessário fosse.

Luiza foi acompanhada pelo Nutrir dos 15 dias de vida até 1 ano e 4 meses. Os atendimentos em conjunto ocorreram durante certo tempo, o suficiente para se estabelecer uma direção para o tratamento de Luiza, que, no caso, incluía o atendimento psicológico para a mãe. Havia atendimentos somente com a nutrição, mas evitava-se que ocorressem somente com a psicologia, não só para caracterizar a nutrição como referência e a psicologia como suporte, mas também para que se pudesse estabelecer o limite e o estilo da intervenção em psicologia, o que se configurava como um desafio constante para a Psicóloga e para a Nutricionista. A discussão do caso ocorria sistematicamente. Também ocorriam seminários de estudos interdisciplinares, demandados pela discussão de caso. Quando surgia uma situação mais específica ou quando havia a demanda dos pais, um atendimento em conjunto era agendado. Nutricionista e Psicóloga precisavam suportar e sustentar o movimento próprio da clínica e seguir avaliando juntas o rumo da intervenção.

Era preciso suportar, por exemplo, a tensão entre os saberes, tensão constante e de intensidade variável ao longo do trabalho. Desde um olhar durante uma consulta, que indica uma dúvida sobre o que o colega diz, até o enfrentamento da desconstrução de um saber dogmatizado. Era preciso suportar não saber *a priori* o rumo da intervenção, compreender que seu saber não é uma verdade irrefutável, como fez a Nutricionista ao profanar o saber instituído pelos *experts* sobre a amamentação. É possível avaliar o quanto pode ser difícil suportar as incertezas de uma prática entre saberes desta ordem, quando relembramos que tanto a nutrição quanto a psicologia, assim como a maioria das ciências da saúde, nasceram no seio do positivismo, sendo fundadas na neutralidade, na objetividade e nas generalizações.

O paradigma positivista produz discursos que portam verdades sobre o ser humano, as quais naturalizam e essencializam o sujeito. Portador de saberes prontos e arrumados, com verdades disponíveis e inquestionáveis, o profissional “psi”, como diz Cecília Coimbra (2007), detém parte de um poder de enunciar e anunciar modelos, temer a criação, marcar e garantir identidades. Já a nutrição, de acordo com Rejane Pedroza (2010), revestiu-se de um conhecimento matematizado e fragmentado, adotando os métodos e os rigorosos sistemas de verdades das ciências exatas para tratar da alimentação humana, seu objeto de estudo. Nutricionista e Psicóloga precisavam fazer um exercício cotidiano de abrir mão do poder que o lugar de especialistas lhes oferecia para aprender com outros saberes.

A Psicóloga precisou aprender com a Nutricionista sobre o gasto calórico envolvido em uma simples ação como chorar, para entender porque o choro contínuo tinha relação com o baixo ganho de peso. Também aprendeu por que as técnicas de amamentação são importantes. E a Nutricionista precisou aprender com a Psicóloga sobre como era possível o leite materno não nutrir, apesar da prescrição das técnicas de amamentação. Foi um aprendizado que as duas precisaram desenvolver juntas, porque somente Luiza e sua mãe poderiam ensinar como isso se processava no encontro entre elas. Isso, vale dizer, faz com que a clínica só seja possível em um encontro de muitos saberes: dos pais, do bebê, dos profissionais, dos serviços de saúde, das vizinhas e avós e daquilo que engendramos, a partir do arcabouço herdado de nossa cultura, sobre como sermos nós mesmos.

Luiza cresceu, ensinou e aprendeu junto com seus pais e com a Nutricionista e a Psicóloga. E as trabalhadoras em Saúde Coletiva nunca mais foram as mesmas depois de conhecê-la. Aquele bebezinho chorão foi muito importante na constituição de um saber que marcou as escolhas que elas passaram a fazer em sua clínica.

Mesmo ao brincar e se relacionar tranquilamente com outras crianças e com adultos, Luiza carregava consigo um olhar assustado, precavido, cuidadoso a cada passo. Talvez ela nunca perca este olhar de quem já andou na beirada do abismo, marca de sua trajetória de vida.

3.2 UM BEBÊ ENTRE UMA SÍNDROME, A LOUCURA, A VIOLÊNCIA E SEUS FANTASMAS:

Naquele dia uma mãe fez um pedido que não era muito comum: queria interromper o aleitamento materno para retomar o tratamento com a medicação psiquiátrica indicada pelo CAPS. Em seus braços havia um bebê de aproximadamente dois meses, com feições que não pareciam “normais” – isto é, não pareciam conforme o esperado em um bebê, já que o normal é, antes de mais nada, um critério estatístico, como frisou Aulagnier (1990).

Não era somente o olhar assustado e a hipotonia visível no pescoço sem o mínimo de sustentação, Eram especialmente seus traços estranhos, sindrômicos, que ficavam bizarros quando ele mamava. Abocanhava parcialmente o bico do seio e, cada vez que chupava, o lado esquerdo do rosto se contraía e o olho piscava. Somente o esquerdo. Ver era desconfortável.

Ouvir a mãe era preocupante. Psicóloga e Nutricionista estavam confusas e assustadas com a história que ela contava de forma intensa, agitada, já na primeira consulta. O pequeno Luis André era filho de Lenira e de seu atual companheiro, Luis Vicente, e era o único filho que vivia sistematicamente com eles. Cada um deles já tinha sete filhos de uniões anteriores. Todos esses filhos viviam longe dos pais. Os filhos menores de Lenira estavam sob a guarda judicial de uma de suas filhas mais velhas. Um adolescente vivia na rua em companhia do *crack*. Outro adolescente dividiu a casa com eles durante um tempo e também era fonte de conflitos entre

Lenira e seu companheiro. Lenira vivia uma situação de violência doméstica com Luis Vicente, com passagens pela polícia e acompanhamento pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), pela Vara da Infância e Juventude do município e pelo Conselho Tutelar (CT). Lenira era acompanhada por diversos serviços públicos há muitos anos. Citava nome de profissionais de serviços da rede, que a Psicóloga e a Nutricionista não conheciam.

Ela estava com medo do companheiro, dizia viver sob ameaça de morte, mas nenhuma das alternativas sugeridas pela Psicóloga e pela Nutricionista pareciam-lhe possíveis, como procurar os recursos da Lei Maria da Penha ou a casa de conhecidos que pudessem abrigá-la. De acordo com seu relato, já havia tentado várias dessas sugestões, até em casa de conhecidos fora do município, mas de uma maneira ou de outra, ele “sempre” a encontrava, não importava onde ela se escondesse.

O marido também era assistido pelo CAPS, mas naquele momento negava-se a usar a medicação indicada e não aceitava retornar para o tratamento. Pai e mãe em tratamento pelo CAPS, com prescrição de medicação – era muito fácil chamá-los de loucos, pela visibilidade que davam às suas dores psíquicas através das explosões de violência.

A violência doméstica, segundo Lenira, era a causa de seu nervosismo, de suas preocupações e alterações de humor. Dizia estar muito deprimida e com dificuldade para dormir. Para ela, o retorno à medicação indicada pela psiquiatra do CAPS seria importante. O tratamento havia sido interrompido pela amamentação. Ela então foi orientada pela Pediatra da UBS a procurar atendimento de nutrição para suspender a amamentação e substituí-la pela mamadeira. Em Novo Hamburgo, o Nutrir coordenava um programa que fornece fórmulas lácteas para crianças que tenham algum problema clínico que exija a substituição do leite materno. A Pediatra considerou que o caso era grave o suficiente para que Luis André pudesse receber o benefício do programa.

Na avaliação nutricional, Luis André apresentou pouco ganho de peso, nada grave, provavelmente efeito do uso que a mãe vinha fazendo de leite de vaca na mamadeira, o que lhe causava muitas cólicas. O acompanhamento nutricional, naquele momento, seria verificar como o uso da fórmula láctea adequada para a

idade do bebê, que a mãe passaria a receber, influenciaria no ganho de peso da criança. Do ponto de vista nutricional, era uma situação com um prognóstico favorável.

Mas havia a preocupação com o desenvolvimento global da criança, e a perspectiva era de que seu acompanhamento demandasse muitos cuidados especiais. Uma investigação neurológica já havia sido solicitada pela Pediatra, que provavelmente demandaria vários exames, os quais não eram realizados no município e esperariam em longas filas para agendamento. É preciso ter muita persistência, além da capacidade de articulação entre vários setores da prefeitura, para suportar e sustentar rituais de preparação para exames, agendamento de transporte público para outra cidade, alimentação fora de casa, enfim, toda uma logística que, por vezes, faz com que o usuário do SUS sintasse-se completamente impotente, na dependência de terceiros.

Além disso, os tratamentos para síndromes que afetam o desenvolvimento são contínuos e intensos: terapias, estimulação precoce, fisioterapia. Uma das preocupações mais importantes, talvez, era sobre como a doença da criança estava sendo comunicada e interpretada para seus familiares. Algumas interpretações podem ser devastadoras, verdadeiras violências dos trabalhadores da saúde para com aquele que sofre e seus familiares. Em nome de um dado saber, um diagnóstico pode traçar uma sentença.

O relato da mãe pesava no ouvido das trabalhadoras. Aquela história, a forma como era contada e vivida na consulta, não permitia que ela fosse esquecida quando a porta se fechava atrás da mãe e de seu bebê. Havia uma intensidade que tocava a face do real, aquele tipo de real do qual queremos fugir no cotidiano de nossas vidas, como quando ignoramos o morador de rua dormindo sob a marquise ou a criança descalça em pleno inverno. Talvez fosse a loucura o que permitisse a Lenira ficar tão exposta. Talvez fosse uma arte a forma com que ela convocava os serviços a cuidarem dela. Mas o fato era que a história deixava marcas em quem a ouvia, que não poderiam ser apagadas.

Com Lenira, não havia invisibilidade da dor, e quem a escutava desde o lugar de trabalhador da saúde, mais ainda, desde o lugar de trabalhador da esfera pública, não poderia ignorá-la. Os princípios do SUS – universalidade, equidade e

integralidade – e a diretriz de absoluta prioridade de proteção integral à criança e ao adolescente, de acordo com o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Constituição Federal de 1988, responsabilizam o Estado pela atenção em saúde em relação às crianças e aos adolescentes.

Em termos de legislação dedicada à garantia dos direitos da população infanto-juvenil, de acordo com Murillo e Ildeara Digiácomo (2013), o ECA é reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados Diplomas Legais na área. No entanto, tal reconhecimento não deixava as trabalhadoras tranquilas e seguras de que o bebê receberia os cuidados necessários. Pois, como também afirmam os citados autores, apesar do avanço da legislação, ainda hoje os direitos das crianças e adolescentes são sistematicamente descumpridos por boa parte dos administradores públicos. Conhecedoras dos modos como se davam os encaminhamentos, agendamentos e cuidados de saúde, elas temiam pelo que estava por vir.

Como seguir com o atendimento de Luis André? Como somente fornecer o leite e não levar em conta a violência e a loucura em torno do bebê? O quanto é necessário preocupar-se com este quadro de violência em um atendimento de nutrição? Será que os pais, vivendo em tais condições, conseguiriam providenciar os atendimentos que Luis André demandaria?

Afinal, ficava a pergunta: o que poderíamos esperar para esta criança? Psicóloga e Nutricionista estavam tomadas por pensamentos terríveis, que persistiam, como se fossem fantasmas a assombrá-las, fantasmas antecipatórios, que aterrorizam qualquer um que se depare com a violência e a loucura – somente a desgraça poderia advir deste encontro. E a desgraça, neste caso, além do risco de vida suposto pela mãe em torno dela e do bebê, seria o bebê constituir-se como sujeito de forma muito precária.

3.2.1 INVOCAÇÃO

A angústia sentida pelas trabalhadoras invocava a presença de fantasmas antecipatórios, daqueles que sussurram certezas apaziguadoras, corrigem o mal e colocam as pessoas no caminho do bem. Desde o final do século XIX, época em que foram se firmando como pensamento hegemônico na área da saúde, tais

fantasmas vagam entre nós, disseminando práticas que visam normalizar a vida social a partir de preceitos ditados pela higiene – o chamado higienismo, como nos demonstra Nísia Trindade Lima (2002). A autora, referindo estudo realizado por Murard e Zylberman (1985), diz que a higiene de fins do século XIX e início do século XX pode ser entendida como ciência social aplicada – a medicina não teria por objeto apenas estudar e combater as doenças. Essa medicina apresentava fortes relações com a organização social – os “micróbios”, estando presentes em toda a parte, assumiriam o papel de verdadeiros mediadores das relações humanas.

Trata-se, em resumo, de uma abordagem biológica da vida, como disse Peter Pál Pelbart (2007), ao se referir a como, na contemporaneidade, o poder tomou de assalto a vida. De assalto também, os fantasmas tentavam tomar a direção do cuidado de Luis André e sua família. Nascidos no seio do higienismo, hoje eles se transformaram em mensageiros de um discurso político nomeado por Michel Foucault (1988) de biopoder, no qual a vida é tomada como objeto político. Era desse poder que Pelbart (2007) falava, de um poder que não age pela repressão, mas que é antes de tudo uma prática social constituída historicamente. O poder não existe, existem práticas ou relações de poder.

Os fantasmas acompanharam o processo no qual o corpo, investido política e socialmente como força de trabalho, passou a ser uma realidade biopolítica. Eles participaram da transformação da medicina em uma estratégia biopolítica, na medida em que esta, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos de vida, caracterizava um poder cuja função mais alvejada já não é mais matar – como era característico do poder soberano nas monarquias medievais –, mas investir sobre a vida (FOUCAULT, 1988).

Sutilmente, como um fluido que escoar por entre os corpos e é absorvido pela pele, o poder modula a vida por dentro, infiltrando-se na subjetividade contemporânea, explica-nos Pelbart (2007). Somos nós que nos submetemos aos ditames do poder, como fazemos quando nos deixamos dominar pelas ideias simplificadoras, reducionistas, de tais fantasmas. Aqueles que não se deixam possuir pelo pânico têm alguma chance de problematizar os modos instituídos das práticas de saúde, desconstruindo saberes, sistemas explicativos, protocolos clínicos e modelos de intervenção que produzam efeitos iatrogênicos. Para isso, faz-

se necessário, como dizem Ruben Lemke e Rosane Neves da Silva (2011), desconstruir o recorte artificial que separa uma entidade abstrata, a doença, de seu contexto existencial, seu território de emergência.

Nutricionista e Psicóloga, como trabalhadoras do SUS, estavam na ponta de uma cadeia hierárquica de responsabilidades. Elas tinham o desafio de transformar os princípios do SUS em uma prática clínica – promover acesso à saúde para os mais vulneráveis, oferecendo respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que se lhes apresentassem. Ou seja, elas precisavam resistir à tentação da simplificação, do reducionismo promovido pela separação entre a doença e o sujeito que sofre, para que o cuidado em saúde levasse em consideração o modo como Lenira e Luis Vicente viviam e queriam viver as suas vidas.

Isso significa estabelecer um tensionamento no interior das práticas de saúde baseadas em um modelo biomédico, no qual saúde é sinônimo de ausência de doença. Tensionamento entre o enfrentamento de uma posição que defende a Razão do Estado, o qual, justificado pelo dever de cuidar, controla e normatiza a vida de populações, e uma posição estratégica para a construção de um cuidado contextualizado nos modos de vida dos usuários, como dizem Ruben Lemke e Rosane Neves da Silva (2011).

Psicóloga e Nutricionista assumiram uma postura que, de antemão, só garantia uma coisa: uma luta intensa, um desconforto, uma desacomodação. Uma luta, tal qual refere Roberto Machado, na introdução de *Microfísica do Poder* de Michel Foucault (1988, P. XIV), “é sempre resistência dentro da própria rede de poder, teia que se alastra pela sociedade e a que ninguém pode escapar; ele [o poder] está sempre presente e se exerce com uma multiplicidade de relações de força”.

A teia de poder da qual ambas, Nutricionista e Psicóloga, faziam parte envolvia-as desde a formação em saúde que empreenderam. Tanto a nutrição quanto a psicologia, assim como a maioria das ciências da saúde, nasceram no seio do positivismo, sendo fundadas na neutralidade, na objetividade e nas generalizações.

Rejane Pedroza (2010), em sua dissertação de mestrado intitulada *A nutrição social no Brasil: [mais] uma estratégia biopolítica*, constata que a nutrição – especialmente a nutrição social, denominação do campo da nutrição voltado para o SUS, no qual há mecanismos de controle e regulação das práticas – pode ser considerada uma estratégia da biopolítica, na medida em que fornece controle e informação estatística para que se possa governar as populações.

Considerando a fonte na qual Nutricionista e Psicóloga beberam desde sua formação – o positivismo, o biologicismo –, talvez seja preciso fazer a seguinte questão: De onde mesmo vêm os fantasmas? Eles estão pairando no ar e casualmente escutam um “chamado”, ou eles habitam o mundo interior das trabalhadoras de saúde? Talvez Jacques Derrida (1994) possa trazer uma pista, sem o compromisso de traçar uma tese sobre o assunto, para pensar sobre os fantasmas – ou espectros, como ele os chama. O espectro é sempre um *retornante*, ele começa por retornar de um lugar de onde ele já partiu.

Por toda a parte, por dentro e por fora, ou melhor, desde o “cerne da subjetividade e da própria vida”, como disse Pelbart (2007, p. 58), o biopoder procura normatizar a vida. Sim, Nutricionista e Psicóloga precisavam reunir forças para lutar contra os fantasmas, algo que retornava porque sempre esteve junto com elas. Era justamente ali, onde o pânico aflorava, ali, quando os fantasmas sussurravam, que elas *sentiam*. Sentir era efeito do deixar-se afetar pela história que ouviam de Lenira e pelos sussurros dos fantasmas. Sentiam, porque de alguma maneira seus corpos não estavam excessivamente blindados pela posição de especialistas, de *experts* – alguma permeabilidade ainda era possível (PELBART, 2007). É porque se permitiam afetar que puderam ouvir os fantasmas. De outra forma, talvez os fantasmas não causassem pânico. Talvez fossem bem recebidos, com homenagens e honrarias.

Então, talvez os fantasmas, porta vozes da normatização da vida, sejam, também aqueles que têm a potência de provocar o incômodo, a desconforto. Ali onde surgem e apavoram, denunciam uma fragilidade que pode provocar uma virada do avesso na lógica do biopoder, ao oferecer as condições de possibilidade para a emergência da biopotência – uma capacidade de resistência e de luta contra as forma de dominação do biopoder. Agora já é possível dizer que os fantasmas são

muitos. São porta-vozes, ou talvez até mais do que porta-vozes; talvez eles sejam fluxos de energia que carregam a frequência do higienismo, do biopoder e também da biopotência. Eles estavam ali, junto com a Psicóloga e a Nutricionista. Que tipo de luta se deve empreender quando o inimigo pode ser reconhecido em si mesmo? Que tipo de resistência deveria ser instalada contra o domínio de uma solução reducionista dos problemas enfrentados por Luis André?

3.2.2. CONJURAÇÃO

Tornar-se alguém é uma operação complexa para o ser humano, e a preocupação sobre como este processo se daria com Luis André, considerando a possível síndrome, a loucura e a violência, era um dos fatores que provocava o pânico sentido pela Psicóloga e pela Nutricionista. Era esse pânico que invocava a presença dos fantasmas antecipatórios. Isso porque a passagem que o bebê deve realizar de um organismo para um sujeito de existência simbólica depende sempre de uma rede que o recebe e o inscreve na cultura em que nasceu. A mãe, ou aquele que realizar o trabalho de maternagem, juntamente com o pai e os demais que o recebem na família, transmitem um saber inconsciente, engendrado de geração em geração, que humanizará o bebê, inserindo-o na cultura (BERNARDINO, 2008). Uma transmissão inconsciente, que se (re)produz na experiência do corpo a corpo do cuidado cotidiano com o bebê, e que só é possível porque alguém investe seu desejo no bebê.

Entre as histórias de violência que a mãe contava na consulta de nutrição e o assombro dos fantasmas invocados pelas profissionais, algo apareceu na trama do discurso materno: o lugar que este bebê ocupava estava investido de desejo de sucesso para o casal, de tal forma que, se ele fosse desocupado por este bebê, logo seria ocupado por um novo bebê. Contradição própria do humano: o bebê era a prova viva daquele amor, no qual a tônica que possibilitava o *estar junto* se baseava na violência (MARIZ, 2014).

Para além da síndrome, da violência e da loucura, havia também um desejo de vida. E foi nele que Psicóloga e Nutricionista se apegaram para fazer uma aposta em outro destino possível, além daquele que os fantasmas sussurravam. Elas lembravam a advertência de Rodolfo (1990) de que é preciso esforçar-se para afastar da psicanálise (e de seus pensamentos) todo o esquema causal linear – na

infinidade de caminhos do inconsciente, jamais existe um só itinerário possível. Era preciso conjurar contra os fantasmas, lembrando que a experiência nos obriga a defender uma multiplicidade de respostas contra uma fatalidade pré-determinada. Em psicanálise, a condição de criança como sujeito em constituição está acima de qualquer diagnóstico.

Mesmo que algumas características limitantes do organismo possam interferir na constituição global do sujeito, as experiências de vida do bebê têm um papel fundamental na sua constituição subjetiva, conjuravam as trabalhadoras, junto com Julieta Jerusalinsky (2002).

Apostar em um caminho que criasse a oportunidade de Luis André tecer outra história era apostar em outra forma da família poder lidar com o viver, para além da loucura e da violência. Tal aposta não se faz sozinha; é preciso um coletivo de trabalhadores para construir esta outra oportunidade. E eles já estavam ali, através do discurso de Lenira. Chamá-los para dividir as dúvidas e o pânico causado pelos fantasmas para constituir uma aposta de vida parecia a coisa mais sensata a ser feita. Naquele momento, as trabalhadoras pensavam em reunir forças para conjurar *contra* os fantasmas – formar alianças conspiradoras que pudessem afastar a presença da assombração.

O convite foi feito a todos os trabalhadores que Lenira dizia conhecer. O encontro entre os trabalhadores que atendiam Lenira e sua família fez parte da pauta da reunião mensal da rede coordenada pelo CAPS de referência do bairro em que morava Lenira, à qual compareciam representantes das escolas, dos serviços de saúde, do desenvolvimento social e representantes de associações do bairro. Mas o que se viu, no encontro, foi a multiplicação dos fantasmas de que Psicóloga e Nutricionista pretendiam se desembaraçar: o assunto que dividia opiniões era a possibilidade de tirar a guarda legal dos pais e enviar Luis André para abrigo.

O CREAS relatou que Lenira e Luis Vicente já haviam se separado várias vezes. Lenira já tivera uma união anterior com outro homem, na qual vivera situação parecida, tendo por isso perdido a guarda dos filhos menores. Foram montadas residências para Lenira com os recursos da Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS), para que ela pudesse sair da companhia violenta de Luis Vicente, mas ela

sempre voltava para ele. Nesse processo de vai e volta do casal, os bens materiais eram perdidos, e a assistente social se mobilizava para reorganizar a casa deles.

O Conselho Tutelar não compareceu e deixou um recado de que não poderia mais se envolver com esta família porque se sentiu ameaçado por Luis Vicente. O CAPS já havia feito uma tentativa de atender Luis Vicente, mas ele não comparecia aos atendimentos, era muito resistente. E o relato da assistente social da Vara da Infância e da Juventude fazia refletir sobre o aparente não compromisso de Lenira com os outros filhos, o que levantava suspeita de que ela não investisse na maternidade.

Ao Nutrir, coube colocar o que ouviu nas tramas da linguagem: o lugar que Luís André ocupava estava investido de desejo de sucesso para o casal, de tal forma que, se ele fosse desocupado por este bebê, logo seria ocupado por um novo bebê.

Os fantasmas, agora multiplicados, assombravam os trabalhadores com ideias que ofereciam a uma questão complexa uma resposta supostamente simples: a separação da criança de seus pais. Então uma criança que demandaria uma atenção especial ficaria melhor longe de sua mãe e de seu pai? E como ficaria para o bebê crescer longe de seus pais? A institucionalização de um bebê era uma resposta apaziguadora para os fantasmas?

Os fantasmas estavam ali entre os trabalhadores, sempre estiveram. Invocados pelo pânico, saíam de seus mausoléus para tomar a direção do cuidado de Luis André e de sua família. Diante de tal constatação, talvez não se tratasse de conjurar *contra* os fantasmas, pensaram Nutricionista e Psicóloga. Se eles são *retornantes*, como disse Derrida (1994), a estratégia mais indicada talvez fosse a de conjurá-los a falar, como sugere o autor. Já que não se tem meios para controlar suas idas e vindas, pode-se tentar *detê-los* na fala.

Multiplicados os fantasmas, talvez fosse necessário também multiplicar o espaço para falar deles e com eles, oferecendo um lugar de fala, desenvolvendo uma experiência de pensar juntos sobre o caso. As dúvidas e as angústias poderiam ser compartilhadas para diminuir a potência do pânico. Os trabalhadores da saúde, do desenvolvimento social e do judiciário poderiam falar sobre o quanto custa

ocupar o lugar instituído de um mandato legal que pode incidir decisivamente sobre o destino do outro. Parecia muito importante para todos a possibilidade de troca, de compartilhamento de responsabilidades, de dúvidas, de incertezas.

Um segundo encontro foi marcado, agora somente com os profissionais que atendiam a família, no qual foi possível suspender a urgência para decidir sobre o abrigo do bebê. Quanto pânico e, ao mesmo tempo, quanto comprometimento! Muito investimento já havia sido feito nesta família, sempre com a *melhor* intenção possível. E muitas vezes os serviços sentiram-se frustrados porque o resultado não era o esperado. Havia muita potência de vida na família, mesmo que nem sempre esta potência pudesse evitar o sofrimento. Era difícil *capturá-la*, como gostariam de fazer os fantasmas. Algo sempre escapava: Luis Vicente “sempre” reencontrava Lenira; se os pais não podiam ficar com a guarda dos filhos, eles poderiam ter outros filhos...

Em alguns momentos do encontro, os fantasmas possuíam os trabalhadores e os faziam repetir o mesmo discurso proferido por Lenira, sobre a impossibilidade de haver saída para sua situação sem uma intervenção ortopédica, corretiva. Em outros, eram ouvidas as palavras que conjuravam as ideias de Ricardo Rodolfo e de Julieta Jerusalinsky, sobre a singularidade do processo de subjetivação de um bebê. Ao final do encontro, estavam todos demandando a continuidade da discussão e constituindo uma nova pergunta. Haveria algo que poderia ser feito para tentar evitar a separação da criança de seus pais? Seria viável investir no desejo dos pais pelo bebê?

3.2.3. ENCANTAMENTO

Havia agora uma nova pergunta, recitada por um coletivo, como um encantamento: todo aquele que tiver a capacidade de problematizar seus pânico terá seu desejo entrelaçado no projeto de cuidado que será elaborado. Assim começou uma jornada que teve a duração de dez meses. Os trabalhadores reuniram-se mensalmente e mantiveram uma comunicação ativa por *email*¹⁶ e por telefone durante todo o tempo que acompanharam o caso.

¹⁶ As discussões por mensagem eletrônica foram fonte de pesquisa para esta narrativa.

As trocas de mensagens eletrônicas, telefonemas e as reuniões presenciais tramavam uma rede. A rede em que se jogavam também era a rede que teciam. Não que eles soubessem tecer redes. Esse é um ofício melhor transmitido pela tradição oral, já que a palavra é o fio que se faz tecer – e tradição em tecer redes é algo ainda a se viver, pelo menos ali entre aqueles trabalhadores. Talvez a experiência que os trouxe até o encontro – nós solitários no meio da luta – apontasse o estado em que não queriam mais se encontrar. E uma rede, afinal, pode dar outro sentido para a existência de nós: de paradoxos solitários à conexão de plurais. Como rede, então, constituíram-se e passaram a se nominar.

O projeto de cuidado elaborado pelo grupo envolvia uma série de ações. Tratava-se de oferecer atendimento individual no CAPS para os pais, como aposta num espaço para que pudessem colocar em palavras o que movimentava o impulso que feria o outro e a si próprio, demarcando-se que seria necessário um movimento de busca ativa do genitor; buscar apoio para o atendimento de Luis André no CAPSi, pois se supunha que seria necessário um longo acompanhamento de estimulação precoce, devido às limitações que a condição dele pudesse oferecer; ajudar na articulação do atendimento de fisioterapia e na consulta com oftalmologista, que já haviam sido solicitadas pelo neuropediatra; manter o atendimento de nutrição pelo Nutrir e o acompanhamento social pelo CREAS.

O primeiro efeito que a rede produziu foi sentido na construção coletiva de um discurso sobre o caso, a partir da possibilidade de intensificar a comunicação. Como já foi dito anteriormente, a troca de emails funcionou, assim como telefonemas e encontros presenciais. Mas não se tratava somente de uma comunicação pontual de eventos. Isso também ocorria, mas o que mais marcavam as trocas eram os efeitos de produção de sentido no grupo. Um trazia uma informação, outro confirmava e outro comentava, propondo uma reflexão sobre a direção dos movimentos da família e da rede. O efeito sentido no grupo realimentava o desejo de continuar a discussão. Muitos fantasmas dialogaram nas trocas, e muitos deles afrouxaram a vigília.

A partir da articulação dos membros da rede, foram consolidadas algumas conquistas, como a consulta de fisioterapia com um viés de estimulação precoce, embora este não fosse o foco oficial da instituição privada de ensino que ofereceu a vaga em um serviço-escola, mas era o investimento que a professora que orientava

o serviço entendia ser necessário para o caso. Às vezes é preciso contar com a felicidade de acontecimentos imprevistos (também poderíamos chamar de sorte!) como esse de existir uma professora de fisioterapia com experiência em estimulação precoce à disposição da rede. O CAPSi não havia instituído ainda uma linha de atenção à primeira infância, embora sempre fosse ativo na discussão de demandas nesta área. Mesmo interessada, a equipe não conseguia comparecer aos encontros, e era muito complicado conseguir agenda para a discussão de caso. Muita demanda, poucos horários (poderíamos chamar de azar? talvez não, a prioridade de atendimento de um serviço é uma escolha política). Mesmo assim, foi um serviço muito presente na discussão por email, tecendo as histórias e impulsionando o trabalho. Afinal, a medida da participação na rede não é dada somente pela presença física, mas principalmente pela sua capacidade de construção em conjunto de um saber singular sobre o caso em questão.

A Rede Luis André, como foi nomeada mais tarde, viveu muitas tensões, e uma das primeiras ocorreu três meses após sua criação. A Rede¹⁷ festejava, naquele momento, a possibilidade das ações iniciarem em um ponto e se concluírem em outro. Uma consulta era agendada por um serviço da Rede e comunicada a Lenira por outro serviço. Ela sabia da existência da Rede, da qual fazia parte, embora nem ela nem o pai de Luis André tenham sido convidados oficialmente para integrar o grupo. Naquele tempo, por mais que se tenha sido ousado na proposta de articulação de um grande número de serviços para atendimento de somente uma família, não se visualizava uma abertura para a participação direta dos usuários.

A Rede foi informada de que o pai não concordava com os atendimentos de fisioterapia/estimulação precoce, que ocorriam em um bairro distante na cidade. O deslocamento era muito caro para a família, e ele não via necessidade de tantos atendimentos; para ele, o filho não tinha problemas. Lenira sofria agressões toda a vez que “desobedecia” o marido e levava o filho ao atendimento.

A questão das passagens de ônibus havia mobilizado a Rede, e já estavam providenciando um “passe livre” para Lenira levar o filho aos tratamentos necessários. Deste episódio, o que reverberou foi a discussão do lugar que Lenira

¹⁷ O uso de Rede com caractere maiúsculo refere-se à “Rede Luis André”, especificamente, composta pelos serviços que prestavam atendimento para a família e que faziam uso do espaço das reuniões, da correspondência por email e por telefone.

ocupava na cena da agressão. Era muito fácil vê-la como vítima, o que fazia com que a Rede ficasse alerta, principalmente depois de conhecer um pouco mais a família. Era preciso refletir para além do fenômeno observável da violência e da separação. A história deste casal lembrava outras histórias que envolvem agressões entre casais, repletas de repetições cíclicas, disparadas pela construção de uma tensão que se intensifica até atingir a agressão física e que finaliza em uma reconciliação. Depois de uma lua de mel repleta de arrependimentos e promessas, o ciclo se reinicia (BRASIL, 2005).

Como a dinâmica conjugal afetava o imaginário da Rede? Qual o papel da Rede em relação à dinâmica de vida do casal, na medida em que se legitimava na defesa do bebê desde o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 2002)?

O limite entre o dever de cuidar e a invasão da vida de um cidadão pode ficar muito tênue, quando se trata de alguém tão dependente, como um bebê em investigação diagnóstica de uma síndrome genética que causa atraso em seu desenvolvimento e que demanda um acompanhamento detalhado de suas necessidades. Como se difere uma ação de controle de uma ação de cuidado nestas condições?

Trata-se de um processo delicado e sutil, que precisa ser tocado com as palavras. Questões reverberavam pela Rede para provocar rupturas em uma forma de normatização e de administração de certas dimensões da vida cotidiana dos sujeitos. Gramáticas são colocadas em movimento por políticas e programas de governo que instituem modos de viver a vida, nas quais se é capturado – quando menos se percebe, repete-se o discurso por elas engendrado (MEYER, 2012).

Era preciso provocar uma discussão sobre algumas certezas, como a posição de vítima de Lenira, a posição de vilão de Luis Vicente, sobre o modelo ideal de família, sobre o modelo ideal de maternagem. Sim, a maternagem também é capturada por um processo de politização que articula problemas sociais contemporâneos (como a saúde dos bebês) a certos modos de sentir e de viver a maternidade (MEYER, 2006). A prática do aleitamento materno, tal como é apresentada pelas campanhas de amamentação do Ministério da Saúde, pode ser um bom exemplo disso, na medida em que tais campanhas vinculam a saúde e de

certa forma o destino da saúde do bebê ao fato de ter sido ou não amamentado ao seio, ao mesmo tempo em que afirmam que amamentar é um ato “natural”.

Na tentativa de problematizar as certezas, a Rede tomava uma proposição e, a partir dela, provocava uma dilatação das suas possibilidades de leitura. Foi assim ao propor uma reflexão sobre o conflito do casal, questionando sobre o quanto Lenira se deixava apanhar/capturar na dinâmica de violência com o marido. Em episódios anteriores de separação, rezava a lenda, ela mesma procurava por ele. Da mesma forma, quando se propôs a refletir sobre a ausência à consulta de oftalmologia em Porto Alegre, a qual repercutiu desconfortavelmente pela Rede que, afinal, havia se articulado para possibilitar este momento. Era preciso pensar que a falta talvez fizesse parte de um processo de negação da doença, algo que afeta com frequência os pais quando precisam enfrentar concretamente as limitações que a doença do filho possa causar. Seria a segunda consulta com a oftalmologista que havia dito que a criança tinha uma “síndrome óculo mastigatória com inervação anômala”, sendo preciso investigar se haveria prejuízo na visão. O neuropediatra já havia dito que Luis André tinha uma “malformação encefálica com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor” e solicitou uma tomografia do crânio com contraste. Por que não pensar a falta à consulta como uma resistência ao real, ao invés de um descaso com o bebê e com a Rede? E, também, porque não pensar que talvez a própria Rede tenha se atrapalhado na condução desta articulação? Será que a Rede também não se deixou influenciar pelo peso dos diagnósticos?

Ao se fazer estas perguntas, a Rede abria espaço também para refletir sobre como estava se dando a maternagem do bebê e para perceber que Lenira estava mais atenta, participativa, que ela e o filho estavam se “comunicando” do jeito que mãães e bebês faziam. A postura corporal de Luis André estava diferente, e a Rede acompanhava, através de relatos dos atendimentos, como se dava a interação com o bebê e com a mãe.

O Nutrir contava que o olhar de Luis André, quando chegava aos atendimentos de nutrição, parecia assustado. Ele olhava como quem avalia se é seguro estar diante daquela pessoa que falava com ele. Depois de um tempo, pegava os brinquedos, mordia-os, sacudia-os, examinava-os. Enquanto a mãe tirava a sua roupa para pesá-lo, ele emitia alguns sons segurando os brinquedos – fazia

“conversinhas”. Não parecia preocupado. Estava seguro e tranquilo com a mãe. Tinha sete meses de idade quando a Rede conheceu este episódio. Momento para festejar a confirmação do bom vínculo da mãe com o bebê – afinal, em torno dos sete meses as crianças costumam apresentar medo do estranho, um sinal de que o bebê está inserido em um processo de constituição simultânea do eu e do outro. Momento também para festejar as “conversinhas”, o contato com o corpo da mãe, que permite o contato com o mundo através do brincar, porque, apesar de Luis André ainda não ficar sentado sozinho, já conseguia segurar o pescoço e brincar por algum tempo, com as costas escoradas nas pernas da mãe.

A Rede considerava a possibilidade de estar emprestando desejo para que a maternagem se constituísse. O encantamento, enlace de desejo pelo trabalho, afetava Lenira, transformando-se em desejo de maternar. Percebia-se como a Rede espalhava este encantamento em pequenos movimentos, como quando Lenira começou a trazer Luis André sentado no carrinho – anteriormente chegava sempre deitado, olhando para o nada do céu. Foi ao CAPS antes de chegar à consulta de nutrição, e lá regularam o carrinho para ele ficar sentado – algo que havia sido sugerido para ela muitas vezes pelo Nutrir, mas que se efetivou em outro ponto da Rede. Vários olhares para Luis André, vários desejos para que ele visse e fosse visto.

O pai seguia ameaçando pela boca da mãe (ou era a mãe ameaçando pela boca do pai?): permitiria que fosse à consulta do oculista (ainda o oculista!), mas, se o filho não tivesse nada, ele bateria nela e no membro da Rede que aparecesse em sua casa. Esta queixa/ameaça já podia ser ouvida de outra forma pela Rede. Não era mais assustadora como fora no início. A Rede confiava em seus membros e na capacidade de maternagem que já vira em Lenira. Por isso, pôde devolver para a mãe, mais uma vez, mas de forma diferente, a dúvida que vinha em nome do pai: mas o que tu achas que se passa com teu filho? E ela respondeu que suspeitava que algo não ia bem porque, se deixasse, ele ficava o dia todo deitado olhando para o teto. Disse que iria levá-lo onde fosse preciso, porque entendia que este era seu dever. "Eu só tenho ele, tenho que cuidar dele. Faço as coisas em casa e cuido dele. Brinco com ele"¹⁸.

¹⁸ Fala da mãe colhida de email trocado pela Rede Luis André.

Talvez não fosse casual a consulta no oculista fazer questão para os pais. Era no olhar que a mãe dizia perceber que o filho não ia bem, muito mais do que em sua dificuldade de sustentação do corpo. Era também pelo olhar que a Rede fazia intervenções, quando sugeria que ele pudesse ver o mundo sentado em seu carrinho. Há que se considerar também que a sincinesia entre o movimento dos músculos mastigatórios, que causava a elevação involuntária e simultânea da pálpebra quando ele mastigava, dava visibilidade às limitações orgânicas de Luis André.

Quando finalmente foi conseguido o “passe livre” do ônibus, e as consultas de fisioterapia/estimulação precoce puderam ser mais frequentes, outro episódio grave de violência irrompeu na família, resultando na separação do casal. Lenira saiu de casa sem Luis André, diretamente para a Delegacia da Mulher para registrar queixa. Ela procurou o Conselho Tutelar para acompanhá-la no resgate do filho (ele ainda era amamentado por ela), mas não conseguiu ajuda em função das ameaças que Luis Vicente já havia feito ao Conselho Tutelar. Foi preciso que a polícia a acompanhasse em casa para buscar o filho. Estava sem suas roupas e as do bebê e foi recebida na casa de sua filha mais velha, que ofereceu ajuda desde que Luis Vicente não frequentasse sua casa.

Foram reanimados os fantasmas de abrigamento do bebê, e falas muito duras a esse respeito apareceram na voz do Conselho Tutelar. Enquanto a Rede lamentava o afastamento do Conselho Tutelar do processo de constituição do cuidado de Luis André, um de seus membros, que será chamado de Especialista, um que pouco se manifestava e que acompanhava de longe as discussões, questionava se já não havia subsídio suficiente para que se tomasse a decisão de destituição do pátrio poder.

Os fantasmas eram acolhidos tanto pelo Especialista como pelo Conselho Tutelar. O Especialista, inspirado na posição do *scholar* de Derrida (1994), encontra-se sempre na posição mais competente para fazer o que é necessário. Sua expertise blinda seu corpo, não permitindo nenhuma fragilidade. O Especialista é aquele que recebe os fantasmas com alegria e júbilo. Já o Conselho Tutelar ocupa um lugar que funciona na lógica da reatividade: ameaça respondida com abandono.

Não há questionamento, não há reflexão nem a construção de uma intervenção em nível simbólico enquanto permanecer neste lugar.

Em corpo blindado não há ponta solta para ser enlaçada pelo encantamento. Entre o movimento da ação e da reação, o laço do encantamento se rompia. Não é possível recitar coletivamente as palavras do encantamento quando se ocupa o lugar de especialista e o da reatividade. A única esperança é que em algum dia seja possível que eles troquem de lugar. A Rede Luis André não conseguiu ver isto se concretizar, especialmente em relação ao Conselho Tutelar. Talvez por resistência da própria Rede, cansada de tantos embates anteriores com o Conselho Tutelar, em relação a outros casos. Só foi possível articular um encontro com o Conselho Tutelar nos momentos que antecederam o rompimento de alguns nós da Rede, como já foi citado anteriormente. Não houve tempo hábil para recitar juntos o encantamento.

Mas os fantasmas que reavivaram a discussão do abrigo de Luis André não tiveram vez na Rede. Ao invés disso, ecoaram nela relatos da presença de Lenira nos atendimentos e considerações sobre seu posicionamento em relação ao filho. Esta situação provocou a Rede a discutir qual era o seu foco: gerir a vida da família ou articular o cuidado com o bebê?

No exercício da autoridade de seu saber, a Rede poderia facilmente ceder para uma posição de decidir o que seria mais “adequado” para a família – uma posição de correção, de ortopedia. Tal posição se mostrava sutilmente no elogio da atitude de Lenira como uma emancipação da realidade vivida, porque fez a denúncia na Delegacia da Mulher e se separou de Luis Vicente. Sim, ela fez a denúncia, algo que se poderia pensar ser o necessário para que seu filho tivesse uma “vida melhor”, como se a separação definitiva do marido violento fosse a solução de todos os problemas. Mas será que para Lenira esta era a solução? E para Luis Vicente, o que seria a solução de seus problemas?

Novamente a Rede se manifestava, fazendo reverberar entre seus fios a pergunta sobre como os acontecimentos na família afetavam o posicionamento dos trabalhadores, numa tentativa de retomar o fio condutor do trabalho: o cuidado com o bebê.

Foi por esta época que surgiu o nome “Rede Luis André”, para marcar qual era o objeto de cuidado da rede: o bebê. A partir dele que tudo se articulava, desde o atendimento para o sofrimento psíquico dos pais até o agendamento de consultas e exames. Se havia um entendimento de que os pais tinham limitações para oferecer o cuidado que ele precisava, havia também o entendimento de que era justamente ali que a Rede deveria oferecer suporte para a articulação da vida. Um dos objetivos específicos da Rede era que os pais pudessem se instrumentalizar para resolver suas questões subjetivas, de forma que o cuidado do bebê fosse viabilizado.

O processo de suporte oferecido pela Rede se constituía em percursos que iam de um extremo a outro, de suporte para construção de uma autonomia na gestão de sua vida ao controle da vida daqueles considerados “menos capazes” de fazê-la. As contradições habitavam a Rede e era preciso dar-lhes visibilidade e voz. Tais contradições surgiam a partir da desestabilização produzida pelos imprevistos, que contribuem para a desinstitucionalização das práticas. Enfrentá-las era um exercício cotidiano e saudável de confronto das próprias limitações da Rede. Havia momentos em que os *emails* traziam o quanto de angústia e dúvida os trabalhadores, sob o efeito do encantamento, precisavam enfrentar. Havia também vacilações, o encantamento deixava livre o sujeito para questionar a aposta coletiva, como aparece em um dos emails trocados pela Rede: “(...) fico muito angustiada (...) precisando fazer um exercício enorme de confiança na Rede e suportar esses espaços que ficam entre uma abordagem e outra e que só desaparecem quando a Rede retoma novamente o caso, fazendo as “costuras” da história do Luis André”.

É a fala de quem faz a aposta em um efeito que se viabiliza não só depois dos acontecimentos. Mas também é uma queixa sobre o quanto é difícil fazer investimentos abertos, incertos, instáveis. Uma clínica utópica e intempestiva, como defendem Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2001), que se localiza em um espaço a ser construído entre seus atores a partir da desnaturalização da história, precisa ser sustentada por uma teia muito sensível de parceiros. É o que aparece nessa fala: pode-se suportar a incerteza da ação pontual, solitária, porque se tem certeza de que a aposta é coletiva e que, na outra ponta da teia, Luis André estará amparado.

A separação do casal durou cinco meses aproximadamente. Durante esse período, a Rede fez um exercício de voltar seu olhar para o bebê, não para o casal. Ambos os pais seguiram em atendimento no CAPS, embora o atendimento de Luis Vicente tenha tido um investimento menor do que o de Lenira. Era preciso fazer um movimento do CAPS em direção a ele, e isso era um entrave no processo, porque o próprio CAPS nem sempre tinha um veículo disponível para as visitas. A Rede tinha fragilidades, e esta era uma delas. Lenira ocupava vários espaços na Rede, e Luis Vicente se fazia presente de forma esporádica no CAPS e no atendimento de fisioterapia/estimulação precoce.

Existia um vínculo importante entre a professora de fisioterapia e seus estagiários com Lenira. Havia uma combinação de que ela daria informações sobre a pesquisa da causa da doença de Luis André. Suspeitava-se de que se tratasse de Síndrome de DiGeorge¹⁹, mas os exames genéticos foram agendados para dezembro, mês no qual a Rede perdeu a maior parte de seus enlaces, de forma que não há confirmação desta hipótese.

Também havia combinações de que os membros da Rede acolheriam Lenira no que fosse necessário, mas que sempre se faria a referência para que ela levasse suas questões para sua terapeuta no CAPS. Uma das coisas que se aprendeu na Rede é que cada um de seus membros precisa ter clareza de seus papéis. Havia cinco psicólogos na Rede e uma psiquiatra. Esta psiquiatra fazia o acompanhamento psicoterápico de Lenira, porque estava terminando sua especialização em psicoterapia e tinha interesse em atuar nesta área. Foi necessário dar contorno ao fazer de cada um dos psicólogos, para não esvaziar o trabalho terapêutico e não dissociar nem sobrepor o acompanhamento.

Um dia, durante o processo de reconciliação pós-separação do casal, os pais compareceram juntos ao atendimento de fisioterapia/estimulação precoce. Relataram como haviam passado juntos o final de semana, porque Lenira discutira com a filha que a abrigava e também porque Luis André, que deveria ficar um tempo com o pai, ainda mamava no peito (ele não desmamou mesmo com a mãe tomando

¹⁹ A Síndrome de DiGeorge é um distúrbio que leva à hipo ou à aplasia do timo, defeitos da paratireóide, arco aórtico e imunodeficiência celular. Além de hipocalcemia neonatal e distúrbios faciais típicos, as alterações observadas ocorrem principalmente nos sistemas imunológico e cardiovascular (MELO; CARVALHO, 2007).

a medicação psiquiátrica). A professora acolheu-os, mas pontuou que eles desviavam a conversa para a relação entre eles, em vez de falar do bebê: “Vocês são grandes, que se entendam, minha preocupação é com Luis André”. Ela relatava o ocorrido festejando, porque, depois dessa fala, o pai conseguiu fazer perguntas mais específicas sobre a doença do filho. Foi a primeira vez que ele ouviu detalhes sobre a doença e também a primeira vez que a Rede era informada diretamente acerca do que ele, o pai, pensava sobre o assunto. Ser chamado de “grande”, adulto, responsável por suas escolhas, teve um efeito de convocar Luis Vicente a exercer sua paternidade.

Naquela mesma semana os pais foram novamente à fisioterapia/estimulação precoce. Luis André dormia nos braços do pai. O estagiário sugeriu que ele ali permanecesse até acordar, para não se assustar, e ouviu o pai dizer que não havia problema, Luis André gostava dele. “Um Luis Vicente desarmado”, descreveu empolgado o jovem aprendiz para sua professora. Claro, temos que considerar que esta era uma fase de calmarias, de lua de mel entre o casal. Mas, mesmo assim, cabe perguntar como esta história se desenrolaria se Luis Vicente tivesse recebido mais atenção da Rede. Talvez também caiba a pergunta sobre como a Rede cuidou de quem cuidava daquele que recebia a menor atenção. Será que este trabalhador acabou recebendo também um menor suporte da Rede?

Poderíamos considerar que o pai recebesse um investimento menor da Rede, em parte devido às limitações da própria Rede. Tais limitações eram consequência de um discurso proferido pelas políticas e pelos programas de estado, com ênfase no cuidado com a maternidade e com a infância, cujo efeito é a “naturalização” da ausência do pai e sua “des-responsabilização” pela vida das crianças. O foco da ação das políticas recai sobre as mães, o que reforça e atualiza a centralidade da mãe nas “políticas de gestão da vida” (da criança, em particular) nas sociedades ocidentais modernas que habitamos (MEYER, 2006).

O estagiário de fisioterapia aparece em uma foto tirada por Lenira com seu celular, quando Luis André tinha aproximadamente um ano. Ela vestiu o filho como o estagiário: passou gel no cabelo e usou uma camisa aberta sobre uma camiseta. Na foto, aparecem o estagiário e Luis André – este sorria enquanto equilibrava no nariz

os óculos escuros daquele. Esta evidente identificação da criança com o estagiário estava autorizada pelo pai.

Por este mesmo período, houve um relato da estagiária de fonoaudiologia – da mesma instituição na qual ocorriam os atendimentos de fisioterapia/estimulação precoce – sobre Luis Vicente ter se negado a largar o bebê durante o atendimento. O que reverberava pela Rede era a diferença da postura entre os dois estagiários. Um com espaço para reflexão sobre o caso com uma professora que participava da Rede, e outra muito distante da Rede – apesar dos esforços, não foi possível aproximá-la desse trabalho. Aponte-se aí a diferença da atitude do pai, referido ao discurso que o potencializava como pai e refratário àquele que valorizava somente o discurso da mãe.

A Rede acompanhou o processo de reconciliação do casal fazendo um esforço para suportar as escolhas que eles faziam. Se em algum momento reverberava um “Ai, ai, ai! Tudo de novo!”, em outros reverberava o “Me ajuda a entender o que eu sinto”, que a Rede ouvia entre as ameaças e os afastamentos. Em outros momentos, o que ecoava era: “Não podemos nos antecipar e interferir sem antes as coisas acontecerem (...) isso se parece com controle (...). Precisamos ter paciência histórica, deixar que vivam suas vidas, pois já demonstraram que sabem a quem procurar quando for preciso”.

Pai, mãe e filho agora viviam juntos. Não sem percalços, houve até um tiroteio entre Luis Vicente e seus irmão, mas que não interrompeu definitivamente os cuidados com o bebê e os atendimentos dos pais. Do ponto de vista da nutrição, havia uma preocupação em relação ao déficit de peso e de estatura de Luis André. Se considerarmos apenas o peso em relação à idade, ou somente a estatura em relação à idade, ele seria classificado como desnutrido grave. Mas, se fosse feita uma relação entre o peso e a altura, sem considerar a relação com a idade, havia uma proporcionalidade. Ou seja, na idade dele, as crianças deveriam ser mais altas e mais pesadas, de acordo com a tabela da *National Center for Health Statistics*, conhecida como tabela NCHS (1977). Esta constatação provocou um questionamento sobre a influência de fator genético no crescimento de Luis André. A Síndrome de DiGeorge causa alteração hormonal e poderia ser essa uma explicação. Mas isso só poderia ser avaliado após o diagnóstico genético ser

concluído. Outras consequências da síndrome, como déficit de visão ou problemas cardíacos, já haviam sido descartadas pelos exames clínicos. Ele estava com uma anemia leve, fazendo complementação com vitamina.

Na multicausalidade do baixo peso e da anemia, deveria entrar em consideração o hábito alimentar. O relato da mãe fazia supor que Luis André tinha uma alimentação adequada para sua idade, mas às vezes a Nutricionista ficava em dúvida sobre isso, quando a mãe contava que Luis André adorava bolacha com refrigerante, uma refeição vazia de nutrientes. Ele seguiu mamando no peito e também tomando mamadeira. A mãe dizia que ele mamava porque havia leite. O retorno ao uso da medicação psiquiátrica de fato não impediu a amamentação.

De acordo com Winnicott (1982), nenhum bebê está preparado para ser desmamado. A grande maioria das crianças deixa de mamar por iniciativa própria, porque chega um momento em que é necessário abandonar algumas coisas para que se possam adquirir outras. A amamentação é assim, indispensável enquanto dure. Um dia chegará ao fim, para que o bebê possa seguir seu processo de se tornar um sujeito. Luis André ainda mamava ao peito em dezembro de 2010, com um ano e quatro meses, embora a necessidade do desmame tenha sido o disparador da constituição da Rede Luis André. Talvez a Pediatra soubesse desde o início que o desmame era somente a “ponta do *iceberg*” da conjuntura complicada em meio à qual aquele bebê nasceu. Afinal, a Pediatra conhecia a proposta de trabalho da Nutricionista e da Psicóloga e por diversas vezes já havia colaborado intensamente no cuidado de bebês em parceria com elas.

A mãe dizia que ele mamava porque havia leite. Era necessário preocupar-se com isso? Se levamos em consideração o que preconiza o Ministério da Saúde – que a amamentação deve se estender até dois anos ou mais –, não haveria aí nenhuma preocupação. Talvez não tivesse chegado ainda o momento do desmame, afinal, algumas coisas para Luis André aconteciam em um tempo próprio. Mas também se fazia necessário observar se a amamentação estaria sendo prolongada de forma que pudesse estar provocando o baixo peso. O Nutrir tinha experiências anteriores nas quais o leite oferecido a todo o momento substituía o alimento com a qualidade nutritiva necessária para a idade do bebê. Em outras palavras, nesse caso, a amamentação provocava a desnutrição e também prolongava a

dependência da criança à mãe, o que poderia interferir em seu desenvolvimento subjetivo. Pistas para avaliar a questão do desenvolvimento subjetivo de Luis André eram fornecidas pelos atendimentos de fisioterapia/estimulação precoce e pelo próprio atendimento de nutrição, como relatado anteriormente. Percebia-se um movimento constante em direção a uma constituição subjetiva importante, desde que se respeitasse o tempo e as circunstâncias peculiares da sua condição. Também era necessário perguntar-se o quanto, para Lenira, era importante que Luis André se mantivesse dependente dela. A amamentação foi o motivo, ou talvez a desculpa, para a reaproximação com Luis Vicente.

Observa-se aí a multiplicidade de fatores que precisam ser analisados quando se faz uma simples avaliação do desenvolvimento antropométrico de um bebê. Aliás, a convicção da multiplicidade de fatores que influenciam no processo saúde-doença, desde a Pediatra, passando pela Nutricionista e pela Psicóloga, foi o que disparou o trabalho em rede acompanhado até aqui. O tratamento de Luis André, para além de dezembro de 2010, precisaria continuar acompanhando delicadamente, passo a passo, a avaliação antropométrica em relação ao seu desenvolvimento subjetivo. Tudo poderia correr muito bem, e em algum momento o desmame não se tornaria mais um foco de atenção das trabalhadoras de saúde. Ou então seria necessário colocar em pauta, com Lenira, a questão da amamentação x independização de Luis André. Delicadamente. Colocar em pauta não é emitir um juízo de valores, e, no caso em questão, a situação deveria ser analisada em conjunto com a Rede, na continuidade do trabalho.

3.2.4. DESENCANTAMENTO OU A FALTA DELE

Não foi fácil acompanhar o trabalho da Rede. Somente quando se está sob forte encantamento se consegue persistir na tarefa árdua de desarticular certezas, apostar na construção de um lugar de sujeito, na força de intervenção sobre a realidade efetuada, nos processos de produção de si e do mundo (PASSOS & BENEVIDES DE BARROS, 2001). Era uma aposta na invenção de Rede, era a aposta em uma confiança entre pares e na possibilidade de se sentirem amparados entre si. Tratava-se de um plano de coengendramento de um cuidado com o bebê e uma articulação em Rede. Os efeitos eram sentidos no desenvolvimento de Luis

André e na consolidação da Rede. E esta é a chave para entender os acontecimentos de dezembro daquele ano.

Os fantasmas de abandono voltaram, mas agora em outro lugar. Os membros da Rede foram desligados do serviço público, assim como outras centenas de trabalhadores. Uma nova configuração político-administrativa na SMS transferiu a administração de parte dos serviços de saúde para uma fundação pública de direito privado, a Fundação de Saúde de Novo Hamburgo (FSNH)²⁰. Foi um processo praticamente sem transição, conturbado, e não foi possível passar para quem chegava o histórico do trabalho realizado porque não houve um período de convivência entre os novos trabalhadores e os que estavam saindo.

O desligamento dos trabalhadores não era novidade, havia sido anunciado quase um ano antes quando a gestão apresentou a criação da FSNH. Os trabalhadores se mobilizaram para que fosse realizado um concurso público no lugar da criação da FSNH. Nenhum deles estava satisfeito com a situação de precarização que viviam como terceirizados na prefeitura, mas também não aceitavam a solução neoliberal, na qual a terceirização seria instituída como política em uma fundação pública de direito privado. Questionaram, participaram de debates ardentes, foram à justiça, mas não alcançaram seu intento. Lutaram até o último minuto. Último minuto, mesmo. Quando perceberam, já era tarde demais. Foi muito difícil aceitar os limites da realidade. Para a equipe do Nutrir, foi trágico. Além de desmontar a equipe, como somente duas pessoas eram estatutárias, estas duas teriam que ser realocadas em outras equipes, porque a FSNH assumiu a gerência do Nutrir e lá só poderiam trabalhar quem fosse do seu quadro funcional. Para permanecer no Nutrir, os profissionais deveriam ser cedidos pela prefeitura para a FSNH. Frente ao fato consumado da derrota da mobilização em prol de um serviço verdadeiramente público, os trabalhadores caíram em uma espécie de luto. Não aconteceu nenhum rito de desligamento, não se conseguia articular projetos viáveis para o momento de despedida.

²⁰ Como efeito de uma política de estado neoliberal, nos últimos anos o Brasil tem sofrido restrições ao financiamento dos direitos sociais. Propostas de reformas nos modelos de gestão pública aparecem como promessas de modernização e ampliação dos serviços de saúde. A fundação pública de direito privado é uma delas (CARDOSO; CAMPOS, 2013). Nos últimos quatro a cinco anos viu-se proliferar fundações no Brasil e especialmente no Rio Grande do Sul.

No dia da última reunião da Rede, a pequena família compareceu ao CAPS para reagendar as consultas dos pais. Era como se fosse uma despedida silenciosa – não houve interação entre a Rede e eles. Silêncio de satisfação ao ver o movimento da família, silêncio porque se temia pelo que viria. Será que foi silêncio demais?

Logo em seguida, as tensões entre o casal retornaram, e as brigas se intensificaram. A Rede se despedia e se questionava se havia relação entre o retorno dos conflitos e a quebra de alguns de seus laços. Os membros da Rede que continuaram atendendo a família informaram posteriormente que a agressividade se amplificou a ponto de Lenira ter que ser acolhida em Porto Alegre, na casa Viva Maria, um abrigo protegido para mulheres em situação de violência.

Apesar da radicalidade da medida, algo nela apontava o efeito do trabalho em Rede: a escolha foi por manter a criança com a mãe. A capacidade de maternagem tão questionada pelo poder judiciário parecia que não estava mais em questão. A mãe havia recebido cuidados especiais, mas não havia nenhuma notícia sobre acolhimento para o pai.

Bebês são frágeis. Redes são frágeis. Ambos não nascem prontos, ambos são dependentes das formas como as relações se engendram. Ambos são dependentes dos discursos que promovem a constituição de suas subjetividades e de como se engajam nestes discursos

Encantamentos, aquelas palavras mágicas que, quando recitadas coletivamente, têm o poder de enlaçar desejos, não são eternos. Eles têm que durar o tempo que for necessário; caso contrário, poderiam se cristalizar. Cristalizados, perderiam a permeabilidade necessária para articular ações de saúde. Ficar preso em um encantamento é como uma maldição que impede de ir em frente. Um encantamento não se sustenta sempre, não se repete da mesma forma em outros momentos e com outros atores. A cada vez é um, e em cada caso se configura de forma diferente.

O encantamento é um laço produtivo entre pares, que visa o fazer clínico e, como consequência das trocas e das parcerias, produz um saber, tal como propõe Ana Cristina Figueiredo (2005), sobre a transferência de trabalho em equipe a partir

das teorizações de Lacan. Os pares nem sempre podem escolher entre si para compor as equipes de trabalho em um serviço público, por isso a escolha é um movimento de cada um em direção ao trabalho. Foi a percepção de que seu trabalho seria potencializado na rede que fez os trabalhadores proferirem em conjunto o encantamento que criou a Rede Luis André.

O que se compartilha em um trabalho em equipe, de acordo com Figueiredo (2005), é o que se recolhe de cada intervenção, aquilo que se colhe no trabalho clínico e com o qual se tece um saber. Trata-se de um saber singular, não só porque se trata de um sujeito singular, daquele que é atendido pelos serviços, mas porque também se trata de um encantamento singular. As diferenças entre aqueles que compõem a equipe enriquecem o saber que se constitui coletivamente. Elas também podem causar incompatibilidades em relação ao trabalho e, como tais, tornam-se elemento de análise no trabalho, como acontecia na Rede, quando reverberava suas diferenças e colhia as discussões por elas provocadas.

Se tudo correr bem, parafraseando Winnicott, o encantamento será desfeito. Chegará um momento em que serão necessários outros arranjos institucionais. Afinal, bebês crescem e, com eles, a vida vai se redescrevendo. Talvez ele não precise mais de uma rede. Ou, então, um serviço se reconfigura, ou um trabalhador já não acompanhará mais o trabalho. Quando chega essa hora, é necessário que o encantamento seja desfeito. Como no início, palavras serão proferidas em um coletivo e será aberta uma passagem para outro arranjo institucional. Se tudo correr bem.

No entanto, no caso da Rede Luis André, nem tudo correu bem. A Rede foi rompida em vários pontos pela nova organização político administrativa da Secretaria de Saúde. Foi como se o encantamento tivesse sido quebrado, e os seus membros saíssem carregando fragmentos estilhaçados cravados na pele, impregnados de sentimentos dos mais diversos, como frustração e tristeza. Não houve um desencantamento, a Rede não conseguiu proferir as palavras de desligamento, de abertura para um novo arranjo institucional. Cada um levou consigo os fragmentos e cada um construiu uma forma de fazê-los perder o poder de reverberar a frustração e tristeza. Alguns deles, inclusive, se puseram a escrever para poder finalmente desencantar-se.

Talvez os estilhaços tenham atingido a família de Luis André, de alguma maneira. Afinal, a Rede estava muito fragilizada e não pôde fazer o trabalho de luto *junto* com eles. Estilhaços de um lado, violência de outro. No final das contas o que aconteceu foi da ordem do inusitado. Os fantasmas conseguiram seu intento, um abrigo foi feito – mas da mãe e do bebê juntos! A experiência em rede transformou a relação da mãe com o bebê. Isso é o que se espera colher de uma intervenção clínica, que seu efeito repercuta para muito além de seus limites. Para além da duração de seu encantamento.

4. PARA CONCLUIR

4.1 SUCATAS E EXTRATOS

O narrador benjaminiano coletou sucatas, restos, os detalhes rememorados das vivências, para elaborar as narrativas como uma atitude ético-política de não deixar cair em esquecimento o que se viveu no Nutrir. Mas este narrador, acompanhado de Rodulfo, queria brincar. Ele também estava interessado em poder dar lugar a alguns questionamentos que a prática fez emergir, questionamentos que nem sequer estavam elaborados na forma de perguntas, eram muito mais uma suspeita de que algo ali precisava ser mais chafurdado, mais remexido, para extrair os restos, para elencar significantes com os quais se pudesse constituir uma experiência.

Um olhar sobre as narrativas pode destacar alguns recortes que, de alguma forma, nas diferentes narrativas, marcam uma presença que se repete. Diferentes sucatas, diferentes lembranças, poderiam ser nomeadas pelos mesmos significantes, que dizem respeito ao modo como se constituiu a clínica *entre saberes* nas experiências do Nutrir. Encruzilhada clínica, escolhas ético-políticas, entre saberes, encantamentos, são significantes que se referem a categorias de análise possíveis ao material contido nas narrativas, sobre as quais se faz necessário pensar um pouco mais.

Em ambas as narrativas é possível perceber algo que foi chamado, no início desta dissertação, de *encruzilhada clínica*. Uma encruzilhada é um ponto onde se cruzam vários caminhos. Há sempre uma tensão quando se chega à encruzilhada. Para onde seguir? Qual escolha fazer? Quais critérios usar para fazer escolhas?

No caso de Luiza, a encruzilhada se evidencia quando ela não consegue nem recuperar o peso que tinha ao nascer, nem continuar crescendo. Mas a encruzilhada é realmente tensionada no momento em que ela estava no limiar de peso para uma internação hospitalar. No caso de Luis André, ela se anuncia no momento em que Nutricionista e Psicóloga percebem o atraso do desenvolvimento enquanto são surpreendidas pelo relato de violência e de loucura da mãe em meio a um quadro de vulnerabilidade social. Mas ela realmente se tensiona no momento em que várias

vozes clamam pelo abrigo do bebê. Ao longo dos dois casos, há vários momentos nos quais este tensionamento retorna e precisa ser encarado pela equipe e pela rede. Os tensionamentos indicam necessidade de tomar posição, de fazer escolhas, e de muitas vezes deflagrar lutas para sustentá-las.

Em casos que envolvem bebês, especialmente, mas não exclusivamente, a encruzilhada clínica se intensifica com a dimensão da temporalidade, que por vezes torna-se urgência. A fragilidade e a dependência do bebê humano, assim como as características próprias do desenvolvimento neuropsicomotor, impõem uma implicação às intervenções clínicas.

A maturidade neurológica está relacionada à certa janela temporal, um determinado limite de tempo. Antes ou depois de um marco temporal específico, não há condições orgânicas para que uma determinada aquisição advenha, independente de atos e vontades. Julieta Jerusalinsky (2002) chama este fato, este efeito da temporalidade na constituição de um bebê, de *tempo real*.

A existência de um *tempo real* para a aquisição de algumas habilidades no bebê, que são ao mesmo tempo universais e regulares, engendrou uma *normalização cronológica do desenvolvimento*, que marca uma correlação entre a idade e as aquisições esperadas para aquele período. Esta *normalização* antecipa imaginariamente o que se espera e o que se demanda para a criança em determinado espaço-tempo do desenvolvimento. A isto, Julieta Jerusalinsky chama de *temporalidade imaginária*.

Estes dois registros temporais, o do *tempo real* e o do *tempo imaginário*, articulam-se em nossa cultura para lançar antecipações que produzem desejos nos pais em relação às crianças. Os pais imaginam que determinada aquisição está para ocorrer a partir da *normalização cronológica do desenvolvimento*. Passam então a demandá-la para o bebê ou para a criança, assim como aqueles que estiverem em contato com o bebê também farão. Desta forma, um enlace de desejo se desenha em direção ao bebê, o qual é fundamental para sua constituição subjetiva.

No entanto, só estes dois registros não são suficientes para explicar o processo de amadurecimento e de subjetivação do bebê humano. Há implicação de uma terceira forma de temporalidade, a *simbólica*. Diferente dos outros registros

temporais, não é a passagem do tempo, nem a chegada a uma determinada idade que marca a emergência de determinada aquisição instrumental que a determinam. A constituição psíquica não se submete a um desenvolvimento de etapas sequenciais, ela se estabelece a partir da circulação da demanda parental tanto no tempo do desejo quanto no tempo real.

Na clínica, é necessário localizar a criança em relação a estes diferentes tipos de temporalidade. Tal localização não exclui nenhum dos registros, posto que a articulação entre eles é indispensável para que o bebê se constitua como sujeito do desejo e como autor das aquisições instrumentais. Descompassos da criança em relação à temporalidade real podem ser um indicador de problemas do desenvolvimento. Mas estes problemas também podem ter sido causados por um descompasso em relação à temporalidade simbólica e imaginária.

Em ambos os casos narrados, uma delicadeza colocada em pauta consistia em inventar uma forma de intervir que não desarticulasse os três registros temporais. No caso de Luiza, vemos como a temporalidade real implicava uma urgência, na medida em que a janela temporal se fechava e ela não adquiria peso que pudesse sustentar o crescimento orgânico. É quando se torna imperativo avaliar a necessidade de uma prescrição, como a internação hospitalar, para instalar uma descontinuidade no processo e provocar uma nova bifurcação no caminho.

No caso de Luis André, o registro do *tempo real* poderia estar comprometido devido às suas limitações orgânicas, que, apesar de não completamente esclarecidas pela inconclusão do diagnóstico, estavam presentes. Mas o que se fazia necessário era muito mais do que observar como se articulavam o tempo imaginário e simbólico, apesar da defasagem do tempo real. Era necessário comprometer-se em promover a articulação destes registros, criando um projeto terapêutico singular que levasse em consideração tanto a situação de vida da família quanto a avaliação da *encruzilhada clínica*. Felizmente foi possível contar com um trabalho de estimulação precoce, que lida diretamente com a articulação dos três registros, diferente de um trabalho tradicional de fisioterapia, que investe somente na construção de repertórios de movimentos. A delicadeza estava em avaliar, no andar do processo, o quanto que os registros simbólicos e imaginários estavam ativos e

provocativos da emergência de um sujeito que tinha limites em mostrar sua atividade nas relações.

Se não fosse possível sustentar a proposta de articulação entre os registros temporais juntamente com os pais e/ou familiares do bebê, então seria necessária uma intervenção do Estado, da qual este não poderia se eximir. Sim, o Estado deve abrigar bebês, mas somente para oferecer um espaço onde seja possível que o desejo pelo bebê se constitua, e não unicamente para promover uma separação entre o bebê e seus pais. Este é o dilema do abrigo de um bebê, o fato da constituição subjetiva ser ainda tão precária, dependente, e o quanto que é singular o laço de desejo que inscreve o bebê na linguagem. Não é algo que se compra no varejo. Por isso deve-se apostar em ações de saúde intersetoriais, que oportunizem para os pais uma nova experiência em relação ao bebê em questão, sempre que isto for possível. Infelizmente, nem sempre é. Cada caso é um caso, e deve ser detalhadamente avaliado o risco e o benefício de fazer um abrigo. Quando abrigamos bebês que têm uma dificuldade de ser ativos e provocativos na relação com o outro, como é o caso de bebês com atraso no desenvolvimento, é grande o risco de se produzir uma sobrevivência biológica, que reduz o homem a sua condição residual, não humana – uma incumbência do biopoder contemporâneo (PELBART, 2007).

Quando se trata de bebês, percebe-se de forma muito clara o quanto é importante os técnicos compreenderem as questões envolvidas na temporalidade em relação ao desenvolvimento psíquico e orgânico, que estão interligadas de forma inextrincável. Pode-se dizer que o atendimento de bebês dá visibilidade à *encruzilhada clínica*. Mas há também outra dimensão na encruzilhada, tão fundamental quanto os saberes técnicos: a dimensão da vida cotidiana, social e econômica das famílias envolvidas, considerando a vulnerabilidade social, dimensão na qual os saberes da Saúde Coletiva são fundamentais para a elaboração de um projeto terapêutico singular, como vimos no caso de Luis André. Compreender os fatores históricos e sociais do território em que vivem, entender como se articulam os dispositivos públicos e das comunidades, quais espaços pode-se potencializar para o cuidado da família, como se enlaçam as ações intersetoriais, são saberes

oferecidos pela Saúde Coletiva, saberes que acompanham a caminhada e se encontram com os saberes técnicos na encruzilhada.

Portanto, há que se fazer um “trabalho forte” quando se chega a uma encruzilhada. A tradição cultural afro-brasileira já nos ensinou isso há muito tempo. É necessário reconhecer e analisar cada caminho que chega à encruzilhada para fazer escolhas por onde seguir. Tal trabalho exige encantamentos e muitos encontros para discutir casos, ou construir casos, como sugere Ana Cristina Figueiredo (2004).

Note-se que a encruzilhada clínica só é percebida por quem já está disposto a bifurcar caminhos, por quem fez uma escolha ético-política pela multiplicidade de caminhos possíveis para se produzir saúde. Tais escolhas se apresentam para quem se recusa a tomar sujeitos como objetos das ações dos especialistas. Esta escolha aponta para o fato de que não são os saberes que são a referência primeira para uma intervenção clínica, social e política. É a ética que referencia as escolhas, ética aqui entendida como a problematização dos modos de existência, tanto em relação aos outros quanto em relação a si mesmo. E, desde que consideremos o sujeito constituído na relação com o outro, devemos considerar que o sujeito ético se constitui através de complexas relações intersubjetivas que se dão de acordo com práticas instituídas historicamente, como dizem Nardi e Silva (2009) a partir de Foucault, em *Ditos e Escritos IV*, e Ortega, em *Amizade e Estética da Existência em Foucault*. As práticas e as regras, pertinentes a um tempo histórico, estabelecem um conjunto de procedimentos que produzem uma concepção de verdade – um regime de verdades que adquirem uma legitimidade social e sustentam uma determinada forma de dominação. Fazer escolhas éticas e políticas, neste contexto, seria poder questionar as verdades instituídas, poder perceber e reposicionar-se nos jogos de poder que estabelecem as verdades de seu tempo – questionar o lugar que se ocupa na relação com o usuário, em relação às escolhas na clínica, em relação aos saberes disciplinares, seus e de seus colegas de trabalho, em relação à gestão e à política que reproduz ou abre brechas no instituído.

Ceccim (2008) pode contribuir nesta reflexão, a partir de sua proposta de uma ética *entre-disciplinar* a uma estética multiprofissional. Interessa aqui ressaltar o caráter ético desta proposição. O autor traz a imagem da travessia de um rio, como

se em cada margem houvesse uma disciplina. Quem faz a travessia do rio em algum momento alcança uma *terceira margem* na qual transita somente aquele que se coloca no lugar do aprendiz, aquele que se abre às mudanças, que altera seus sentidos, que irrompe em alteridade, que honestamente busca contato com o outro. A travessia é uma ação propositiva, é um movimento intencional, ético-político. Pode-se dizer que, para alcançar a terceira margem – o lugar do *entre* –, é exigido uma esforço de transformação.

Para fazer a travessia, aqui considerada como uma atitude ética, é necessário o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado, disciplinar (CAMPOS, 2005). Da mesma forma, é necessário reconhecer que a saúde que se almeja é um efeito, uma produção do encontro entre o usuário e os trabalhadores, entre os saberes que cada um carrega consciente e inconscientemente, seus coletivos e o meio em que vivem. Como diz Campos (2005), nas ações sobre o mundo, incluindo aí a clínica, sempre se misturam aspectos do saber, do poder e dos afetos.

Os fantasmas nos mostraram que não se faz clínica sem política. Foucault, Pelbart, Derrida, Agamben, todos aportaram nas narrativas e fizeram perceber o quanto o fazer clínico é uma escolha ético-política. Constroem-se lugares para habitar no campo da Saúde Coletiva, nos quais as escolhas possíveis podem permitir uma infinidade de atitudes. Pode-se escolher dar passagem livre aos fantasmas, sem crítica a uma escolha da ordem biomédica, normatizante, como fez o Conselho Tutelar ao manter uma posição de defesa reativa em relação a Luis Vicente. Pode-se também reiterar a posição do “especialista”, que em momento oportuno se revela em todo o seu saber-poder.

Ou, ainda, pode-se profanar em favor da constituição da autonomia e da ampliação da capacidade de intervenção do sujeito em sua própria vida. No ato de profanação deflagrado pela Nutricionista, no caso de Luiza, não se trata somente de uma postura técnica. Há ali uma posição ética e política, ao se permitir transgredir o instituído.

No entanto, tal posição só se articula em um campo *entre saberes*, no qual o saber da mãe é posto em cena. Não há uma hierarquia entre o saber da mãe e o da Nutricionista; há, no entanto, a técnica implicada ética e politicamente, enquanto

uma diferença que se faz presente no encontro com a função de oferecer o cuidado em saúde.

O momento em que surge a profanação se dá devido à permeabilidade da Nutricionista no encontro com a mãe de Luiza. A discussão de caso, que foi anterior ao encontro, reforçou a permeabilidade do corpo, a capacidade para se deixar afetar, expor-se, desprender-se de seu próprio saber para ouvir o saber da mãe. O mesmo ocorreu com a professora de fisioterapia que, em determinado momento, conseguiu fazer emergir a posição paterna de Luis Vicente. O trabalho em equipe e em rede é fundamental para sustentar uma escolha ético-política e depende de encantamentos para se constituir.

O campo da Saúde Coletiva é tensionado pelas escolhas que se apresentam. Madel Luz (2009) aponta que a disputa pela hegemonia do saber se faz presente neste campo, marcado pela complexidade crescente, a partir da abertura às novas articulações entre diferentes saberes disciplinares, de diferentes áreas do conhecimento. Suportar e sustentar o embate das diferentes concepções de fazer saúde é uma constante, em um trabalho no qual as práticas são constituídas fundamentalmente na multiprofissionalidade, presente no SUS nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, na Estratégia de Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

As ações constituídas em rede, intersetorialmente, potencializam as intervenções. Multiplicam-se os campos de embate. Uma escolha ético-política envolve também se posicionar e/ou reinventar-se em um dos paradigmas que propõem a forma como se dão os encontros entre trabalhadores e usuários em Saúde Coletiva – multi, inter ou transdisciplinar.

O que se observou nas narrativas foi a importância daquilo que se estabelecia e se desdobrava a partir da emergência de um espaço *entre* as diferentes disciplinas, os diferentes setores, os diferentes saberes. As escolhas, e a consequente sustentação delas, se apoiavam em uma aprendizagem construída a partir da desestabilização provocada pelo efeito de um saber sobre o outro. Entre os saberes técnicos, disciplinares e os saberes dos usuários.

Tal desestabilização não opera no sentido de propor uma síntese que supera o conflito entre teses opostas, ela é de outra ordem. O *entre* não é uma síntese, nem uma nova identidade, como se produz na interdisciplinaridade (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2000). Pode parecer contraditório fazer uma afirmação que negativiza a interdisciplinaridade depois de tantas vezes apontar que o trabalho do Nutrir era interdisciplinar. Para acompanhar este raciocínio, é necessário historicizar o processo de trabalho do Nutrir. Sim, naquela época considerava-se que se fazia interdisciplina baseada no conceito de Japiassu (1976), no qual as diferentes disciplinas precisam ter um foco de interesse em comum, a partir do qual se aposta em trocas e enriquecimentos dos saberes uns pelos outros, para fazê-las integrarem e convergirem, lançando uma ponte para religar as fronteiras disciplinares. Então, seria possível dizer que a equipe multiprofissional escolheu agir de forma interdisciplinar. Uma equipe interdisciplinar. Mas será que a clínica produzida era interdisciplinar?

Retomando a questão de como se produz o *entre*, será tomada emprestada a lógica do pensamento de Sandra Torossian (2009b). Inspirada pela leitura do texto freudiano por Ricardo Rodulfo (2008), na qual este aponta a possibilidade de superação da hierarquia entre o polo do individual e do social pela realização de um trabalho pelo *entre*, a autora apresenta conceitos de Deleuze, Derrida, Lacan e Winnicott para pensar a produção do coletivo entre o individual e o social no texto freudiano. Mais do que pensar na produção do coletivo, objetivo da autora, o nexo teórico elaborado por ela interessa aqui pela sustentação da emergência da instância do *entre*.

Ao analisarmos a importância da permeabilidade ao saber da mãe de Luiza, ou da capacidade de se afetar pelos fantasmas, percebe-se que se produziu uma interferência de um saber no outro que alterou o estado anterior de cada saber. Aqui se pode fazer uso do conceito de intercessor de Deleuze (1992). Uma intercessão é uma relação de perturbação, não de troca de conteúdos. Quando um domínio interfere em outro, cria-se a potência para diferir, para criar uma verdade a cada novo domínio, não para descobri-la. É o movimento que interessa, o que se passa no cruzamento de diferentes domínios (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2000). Cria-se a potência para a emergência do *entre*.

Ao conceito de intercessor, Sandra Torossian agrega o conceito de complementaridade de Derrida (1971). Em Derrida distingue-se a lógica da complementaridade, referida à identidade e a lógica da oposição binária, ordenada por valores opositivos (bem/mal, veneno/remédio, presença/ausência, feminino/masculino), da lógica do suplemento, que opera uma reversibilidade dos contrários, uma vez que estes deixam de ser o simples complemento opositivo do outro (NASCIMENTO, 2004; SANTIAGO, 1976). Através da desconstrução, Derrida aponta que, entre pares de opostos, uma ideia acrescenta, introduz algo novo na outra ideia, não produzindo uma síntese, mas sim uma complementaridade, uma relação de continuidade e não de complementação, ressaltando a importância de suportar o trabalho da diferença produzido entre os polos de oposição.

Este conceito torna-se importante para acompanhar a lógica da figura topológica da fita de Moebius proposta por Lacan (1998), a qual torce a oposição entre sujeito e objeto, entre interno e externo. A proposta da autora é a de uma “suplementaridade moebiana”, um movimento de continuidade que, aqui, refere-se ao *entre saberes*, caracterizando-o, mais uma vez, como uma possibilidade em movimento.

De Winnicott (1975), acrescenta-se a este pensamento o *entre* como transicionalidade e intermediação. O autor sustenta a necessidade de existir um espaço potencial entre o bebê e a mãe, no qual o brincar seja possível; no qual ele possa experimentar certa onipotência sobre o ambiente externo, apesar de sua precariedade psíquica; no qual uma experiência se constitua, experiência que transforma a forma como o bebê se vê no mundo, através do processo de diferenciação entre mundo interno e externo. Seria uma zona intermediária, uma transição entre a dependência e a independência. A transicionalidade, este espaço potencial, apresenta-se como um paradoxo. Faz-se necessário suportá-lo, aceitá-lo, respeitá-lo e não resolvê-lo, argumenta Winnicott.

Remontando o trajeto teórico dos autores citados, Sandra Torossian aponta que “o trabalho no espaço moebiano e nas superfícies paradoxais requer o encontro com aproximações e tensões entre conceitos e campos do conhecimento” (2009, p. 103). Tal apontamento inspira a pensar que o *entre* pode ser entendido como uma criação, algo que se difere a partir da intercessão entre saberes, que se contamina

pelo novo que o outro saber introduz, criando uma continuidade, uma complementaridade que ao mesmo tempo reconhece a diferença, criando o paradoxo da transicionalidade, que precisa ser sustentado em prol da constituição de uma experiência. O *entre* é também um movimento, repleto de tensão, de disputa, de aprendizagem. Espaço no qual circulam sujeitos, circulam subjetividades, o que acrescenta o fator inconsciente à complexidade do *entre saberes*.

Retomando a questão sobre qual clínica se produzia no Nutrir – multi, inter ou transdisciplinar –, considerando o *entre saberes* da forma como descrita até aqui, talvez seja possível dizer que em muitos momentos ela foi transdisciplinar, tal qual conceituaram Passos e Benevides de Barros (2001), como produção de acolhimento e de desvio a partir da intercessão entre os saberes. Talvez em alguns momentos tenha sido interdisciplinar ou até multidisciplinar, dependendo da força e da disposição para enfrentar os embates por ela exigidos.

O campo do *entre saberes*, portanto, é um campo relacional, no qual a intersubjetividade está em jogo – uma clínica intersubjetiva, como disse Onocko-Campos (2012). Um espaço de experimentação, de invenção, no qual o saber que advém foi engendrado pelos saberes que o antecederam. O saber construído no encontro se transforma em ações e em lutas. Um exemplo disso foi a criação da Rede Luis André, a partir do encontro com Lenira, no qual se pôde perceber o desejo dos pais pelo filho, fato fundamental para articular a rede de trabalho.

Dessa forma, pode-se fazer uma aproximação da discussão aqui presente com a Clínica Ampliada proposta por Campos (2005). O autor propõe a ampliação do objeto de saber e de intervenção na clínica, da enfermidade para o sujeito e seu contexto de vida. Esta ampliação introduz uma gama de variações no desenvolvimento de cada intervenção, exigindo da equipe uma dose de criatividade para responder à variabilidade e vulnerabilidade biológica, psíquica e social dos casos. O autor aponta que, em se considerando o trabalho em Saúde Coletiva, com a ampliação da clínica pode-se oferecer projetos terapêuticos singulares, tais como os desenvolvidos para acompanhar Luiza e Luis André.

Acompanhando a história do Nutrir e observando como foram acontecendo as parcerias, percebe-se que se trata de um processo em construção que necessita espaço e tempo para se articular. A inquietação levou à invenção da

interdisciplinaridade, que contaminou a forma como se fez gestão e educação em saúde a partir do que se chamou de *ato de interdisciplinar*. O estudo e as trocas constantes entre as diferentes áreas sustentaram o trabalho. Tal sustentação, porém, não é sólida e inamovível, ela está à mercê tanto do encantamento, das formas como se dão as transferências de trabalho, quanto da capacidade da equipe em se articular com o âmbito político e administrativo. Cada novo desafio requer um novo reforço na sustentação e nos encantamentos.

Embora não de forma explícita, o encantamento estava presente no caso de Luiza também. Só que ele já havia sido proferido muito tempo antes e foi reatualizado a cada novo projeto constituído. Chamar de encantamento foi uma escolha que pretendia explicitar aquilo que Ana Cristina Figueiredo (2005) chamou de transferência de trabalho. Trata-se do estabelecimento de um laço produtivo entre os pares, baseado em uma demanda de saber, suposição de saber, que circula em uma equipe com uma determinada concepção de clínica pautada no sujeito.

Outra contribuição para pensar o encantamento vem de Onocko-Campos (2012), quando diz que um grupo só consegue embarcar em um projeto quando desenvolver um espaço intermediário em conjunto. Baseada nas ideias de René Kães, que por sua vez baseou-se em Winnicott (1975), a autora argumenta ser necessário criar dispositivos de trabalho que favoreçam o estabelecimento de um laço subjetivo em conjunto, uma *área transicional* em comum, na qual uma ilusão é compartilhada – a ilusão do suposto saber da equipe. Ilusão compartilhada, portanto, é um dos ingredientes do encantamento.

Para a autora, o espaço da gestão do trabalho poderia oferecer a função de espaço transicional, referido por Kães, se constituído em uma instância onde se pudesse experimentar tomar decisões coletivas e analisar situações nas quais os trabalhadores estivessem implicados. Analogamente, pode-se pensar que os espaços de discussão de caso que aconteciam entre a Psicóloga e a Nutricionista, no caso de Luiza, e as discussões promovidas pela Rede Luis André ofereciam a função de espaço transicional, uma possibilidade de se implicar no processo e nas decisões do grupo.

Mas Onocko-Campos também alerta para as tramas inconscientes que se atravessam na constituição de uma equipe, desde a ilusão de que existe um espaço-tempo no qual se abdica de seus desejos em prol do desejo comum. Como Freud demonstrou, em *O Mal-estar na civilização*, por essa ilusão paga-se o preço de um mal-estar constituinte do coletivo. Sugere a autora que um espaço de supervisão institucional poderia oferecer o suporte e o manejo necessário para os estados pulsionais inconscientes da equipe. Talvez, se os serviços que compunham a Rede Luis André tivessem tido a possibilidade de contar com uma supervisão institucional, os estilhaços da quebra da Rede não tivessem causado tanto dano. Talvez tivesse sido possível aceitar o fim da luta e se preparar para enfrentar o luto subsequente, tanto a Rede quanto a família assistida.

4.2 NOTAS FINAIS: PROVOCAÇÃO DE OLHARES

Esta pesquisa emergiu do interesse em entender como se processou o encontro entre os saberes da equipe multiprofissional que atendeu aos bebês com os saberes dos usuários. Preocupava-se com o aspecto técnico deste encontro, ampliando-o para a rede, do chão da UBS – literalmente às vezes, ao brincar com os bebês – até a gestão das políticas públicas, através daquilo que se denominou de *ato de interdisciplinar*, surgido a partir do encontro clínico.

Perguntava-se também o que a clínica com bebês poderia produzir para contribuir na elaboração de um saber sobre a clínica em Saúde Coletiva. Para tanto, foi apresentado o campo das práticas, o Nutrir, percorrendo brevemente a trajetória de uma equipe multiprofissional que se quis interdisciplinar.

Apresentaram-se em seguida as narrativas dos casos dos bebês Luiza e Luis André e, a partir destas histórias, coletaram-se sucatas e extratos para pensar a clínica em Saúde Coletiva. Estes bebês ensinaram ao Nutrir como lidar com a imprevisibilidade da clínica, impulsionando a soluções criativas e implicadas ético-politicamente, de modo a sustentar as lutas necessárias para produzir saúde. Os fantasmas ajudaram a reconhecer a insuficiência e os limites dos saberes disciplinares, a abrir-se ao saber do outro, a permitir afetar-se, reconhecer os movimentos biopolíticos, questionar o instituído, colocar-se criticamente na defesa

da autonomia e apostar na emergência da biopotência a partir das práticas clínicas em Saúde Coletiva.

Os bebês também conduziram a clínica até uma encruzilhada, na qual foi preciso fazer escolhas. Encruzilhada que só se percebe porque já se iniciou a jornada de forma implicada ético-politicamente. As implicações se agudizam na encruzilhada, forçando escolhas. Pode-se dizer que é uma dupla encruzilhada, clínica e ético-política, na qual se cruzam os saberes dos usuários com os saberes técnicos das disciplinas envolvidas, como a nutrição, a psicologia, a enfermagem, a fisioterapia, a medicina, entre outras, com os saberes da Saúde Coletiva.

Nas narrativas, observou-se a importância de se cuidar como se constituem equipes, como se lida com a autonomia e a criatividade. Encantamentos são necessários – elaboração em conjunto de questões e projetos, firmando um compromisso a partir do laço de cada um com o trabalho. Trata-se do estabelecimento de uma transferência de trabalho, laço produtivo que se estabelece em uma equipe que tem uma concepção de clínica centrada no sujeito (FIGUEIREDO, 2005). A relação entre as personagens das narrativas desvelou como se processa o encontro *entre saberes*, que se configurou como um campo relacional, no qual a intersubjetividade está em jogo, a do trabalhador, mas também a do usuário.

As narrativas apontaram que o fazer micropolítico da clínica tem potência para articular trabalhos ampliados, em rede. Para tanto, é preciso fazer escolhas ético-políticas, que produzem *encantamentos*, possibilitando uma circulação *entre saberes* que levam até *encruzilhadas clínicas*. A clínica com bebês oferece uma visibilidade à *encruzilhada clínica*, a partir da articulação das temporalidades (real, imaginária e simbólica) à vulnerabilidade social. Portanto, ela pode oferecer uma forma de perceber como a Saúde Coletiva influencia a clínica e, também, como a clínica pode influenciar a Saúde Coletiva, na medida em que o sujeito do inconsciente passe a ser tomado em consideração tanto na gestão do trabalho em saúde quanto nas intervenções com coletivos.

As narrativas nos mostraram que clínica e Saúde Coletiva não formam oposições binárias – como poderíamos pensar desde a história da construção do

campo da Saúde Coletiva, quando a clínica foi considerada complementar a este campo (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1988), produzindo o que Onocko-Campos (2012) chamou de recalçamento da clínica (cf. supra, p. 11).

Portanto, faz-se necessário elaborar uma última nota – que pode ser o início de uma nova série de explorações – sobre o que a clínica com bebês pode produzir como contribuição na elaboração de um saber sobre a clínica em Saúde Coletiva: A clínica acontece em um movimento *entre saberes* que circula em uma superfície paradoxal, produzindo uma relação de “suplementaridade moebiana” entre clínica e Saúde Coletiva, tal qual Sandra Torossian (2009b), inspirando-se em Derrida e Lacan, argumenta.

Das narrativas, avistou-se uma clínica possível, uma clínica *entre saberes*, entre tantas que se pode produzir. Que este olhar possa contribuir para provocar a emergência de outros olhares sobre a clínica, a partir da prática que se constitui cotidianamente em Saúde Coletiva, é o que se espera deste trabalho.

5. REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007.

ALAUIGNIER, Piera. **Um intérprete em busca de sentido II**. São Paulo: Escuta, 1990.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In KUPFER, M. C. M., TEPERMAN (Orgs.). **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25/04/ 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf>. Acesso em 21/04/2014.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a Mulher** – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

BROIDE, Emília Estivalet. Porosidades clínicas: Diálogos entre a psicanálise e a Saúde Coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, v. 23, n. 2, 2009.

BUENO, Milena Baptista; SOUZA, José Maria Pacheco; PAZ, Suzana Maria Rebêlo Sampaio da; SOUZA, Sonia Buongiorno de; CHEUNG, Priscila Po Yee; AUGUSTO, Rosângela Aparecida. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10/02/ 2014.

CARDOSO, Felipe Monte; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. *In*:

Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

_____, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2ª Ed., 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma possibilidade a ser explorada. *In: Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 13, n. 3, Rio de Janeiro, Julho/Setembro de 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a Perspectiva Entre-Disciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In: Cuidado: As Fronteiras de Integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

COIMBRA, Cecília. Afirmando as multiplicidades. GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; HÜNING, Simone Maria. (Orgs.). **Implicações da psicologia no contemporâneo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. Disponível em:

http://books.google.com.br/books?id=J8TxLXtfc7EC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Acesso em 23/03/2014.

COSTA, Vânia Chagas da, **Práticas educativas pró-amamentação em uma maternidade credenciada pela iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Tese (Programa de Pós-Graduação da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

CYRULNIK, Boris. **Falar de amor à beira do abismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1992.

DERRIDA, Jacques. **Gramatologia**. São Paulo: Perspectiva, 1971.

_____, Jacques. **Espectros de Marx: o estado da dívida, o trabalho do luto e a nova internacional**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

DIAS, L. R. **Análise sociotécnica das controvérsias e oposição ao programa alimentar multimistura**. *In: IV Simpósio Nacional de Tecnologia e Sociedade, 2011, Curitiba - Paraná. Anais IV TECSOC, 2011*. Disponível em

<<http://www.esocite.org.br/eventos/tecsoc2011/cd-anais/arquivos/pdfs/artigos/gt023-analisesociotecnica.pdf>>. Acesso em 16/04/2014.

DIGIÁCOMO, Murillo José; DIGIÁCOMO, Ildéara Amorim. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2013. 6ª Edição. Disponível em:

http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/42/docs/eca_comentado_murillo_digiacom.pdf
Acesso em 23/03/2014.

DOTTO, Mabilia M. Dalmazo; SAVARIS, Paula Fernanda; MÜLLER, Cláudia O. A maternagem de um projeto. *In* NOVO HAMBURGO, Prefeitura Municipal. **Infância, Adolescência e Políticas Públicas**: 2ª Jornada Municipal sobre a Infância e a Adolescência. Novo Hamburgo, 2007.

ELIA, Luciano. Inconsciente e cidade. *In*: **Psicanálise e intervenções Sociais**. Porto Alegre: APPOA, 2011.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. **Rev. Lat. Am. Psicopat. Fund.** São Paulo, v.VII, n. 1, p. 75-86, mar. 2004. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n1/a_construcao_do_caso_clinico_uma_contribuicao_da_psicanalise_a_psicopatologia_e_a_saude_mental.pdf>. Acessado em fevereiro de 2014.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na saúde mental. **MENTAL – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC/MG**, Barbacena, MG, ano III, n. 5, p. 43-55, nov. 2005.

FIGUEREDO, Sonia Fontes; MATTAR, Maria José Guardiã; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28/10/2013.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I – Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **Lembrar, escrever, esquecer**. São Paulo: Editora 34, 2009.

GUERRA, Andrea Máris Campos. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. *In*: FIGUEIREDO, A. C.; COSTA, C. M. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

_____, Andrea Máris Campos. Outros olhares, outros sabores: novas tecnologias e a loucura na reforma psiquiátrica brasileira. *In*: PALOMBINI, Analice de Lima; MARASCHIN, Cleci; MOSCHEN, Simone. **Tecnologias em rede: oficinas de fazer saúde mental**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

GUTFREIND, Celso. **A Dança das Palavras: Poesia e Narrativa para Pais e Professores**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2012.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

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

KUNST, Andrea; SCHNEIDER, Daniela. **Projeto de Estágio II**. Disciplina Estágio II. Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 2003.

KUPFFER, Maria Cristina; BERNARDINO, L.M.F.; MARIOTTO, R.M.M. (Organizadores). **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2012.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/03/2014.

LIMA, Lísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em 22/03/2014.

LUZ, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, Junho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10/01/2014.

MARQUES, Cecília de Castro e. **Entre nós: sobre mudar de lugar e produzir diferenças. Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2012.

MARIZ, Nataly Netchaeva. **Conjugalidade e violência: uma escuta em terapia familiar psicanalítica**. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/conjugalidade_e_violencia.pdf>. Acesso em 01/03/2014.

MATUS, Carlos. **Estratégia e plan**. México: Siglo Veinteuno, 1978.

MELO, Karina M., CARVALHO, Beatriz T. C. Síndrome de DiGeorge: Aspectos clínico-imunológicos e manejo. In: **Rev. Bras. Alerg. Immunopatol.** – Vol. 30, Nº 2, 2007.

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista Gênero**, Niterói: NUTEG-EDUFF, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2006.

_____, Dagmar E.; KLEIN, Carin; FERNANDES, Letícia P. Noções de família em políticas de 'inclusão social' no Brasil contemporâneo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20(2): 433-449, maio-agosto/2012.

MÜLLER, Cláudia Odiléia. **Entre Saberes e Sabores para NUTRIR a Atenção à Infância na Rede de Saúde Pública do Município de Novo Hamburgo**. 2009. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca em convênio com Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2009.

_____, Cláudia Odiléia; DOTTO, Mabilda Maria; SCHNEIDER, Daniela; PARISOTTO, Michele. Imersos no mundo do bebê: intervenção multidisciplinar entre Nutrição e Psicologia. *In*: MARIN, Isabel Kahn; ARAGÃO, Regina Orth de. **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo: Escuta, 2013.

MURARD, L. & ZYLBERMAN, P. *La raison de l'expert ou L'hygiène comme science sociale appliquée*. **Archives European of Sociology**, XXVI: 58-89, 1985.

NARDI, Henrique C.; SILVA, Rosane Neves da. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. *In*: GUARESCHI, N.M.F., HÜNING, S., FERREIRA, A.A.L. et al. **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

NASCIMENTO, Evando. **Derrida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2004.

NATIONAL Center for Health Statistics (NCHS), Growth curves for children birth – 18 years. United States Department of Health Education and Welfare. **Vital and Health Statistics**, Series 11, Nb. 165; Hysatisvalle, MD, DHEW publication (PHS), 78, 1977.

NILO, Kelly, MORAIS, Maria A. Barros de, GUIMARÃES, M. B. de Lima, VASCONCELOS, Maria E., NOGUEIRA, Tereza G., ABOU-YD, Miriam (Organizadoras). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

NUNES, Everardo Duarte; FERRETO, Lirane Elize; OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira e; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; BARROS, Nelson Filice de; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Julho 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25 Abr. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, dez. 2008. Disponível em;

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30 mar. 2013.

_____, Rosana Teresa. *Psicanálise & Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2012

_____, Rosana Teresa; PALOMBINI, Analice de Lima; Erotildes Leal; SERPA JUNIOR, Octavio Domont de; BACCARI, Ivana Oliveira Preto; FERRER, Ana Luiza; DIAZ, Alberto Giovanello; XAVIER, Maria Angélica Zamora. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, Outubro. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 26 Abr. 2014.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, Aug. 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20/01/2014.

PALOMBINI, Analice de Lima. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=449190&indexSearch=ID>>. Acesso em 20/02/2013.

_____, Analice de Lima; BARBOZA, Rita Pereira; FICK, Tanise Kettermann; BINKOWSKI, Gabriel. A escrita como cuidado de si: uma oficina com trabalhadores da saúde mental. In: **Psicanálise e intervenções sociais**. Porto Alegre: APPOA, 2011.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.16, n.01, 2000.

_____, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)**, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

_____, E., EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E. KASTRUP, V. ESCÓSSIA, L. (Orgs.) **Pistas do método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p.109-130.

PEDROZA, Rejane Guedes. **A nutrição social no Brasil: [mais] uma estratégia biopolítica**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – UFRN. Centro de

Ciências Humanas, Letras e Artes. Pós-Graduação em Ciências Sociais, Natal, 2010.

PELBART, Peter Pal. Biopolítica. In. **Sala Preta**. USP-ECA, V. 7, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.eca.usp.br/salapreta/PDF07/SP07_08.pdf
Acesso em 22/03/2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO. Secretaria de Saúde e Ação. **Programa de atenção básica materno-infantil**: Projeto NUTRIR. Novo Hamburgo, maio de 1998a.

_____, MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO. Secretaria de Saúde e Ação Social. **Projeto NUTRIR**: Padaria Comunitária. Novo Hamburgo, janeiro de 1998b.

RICKES, Simone Moschen; MARASCHIN, Cleci. Oficinando em Rede: marcas iniciais de um percurso. In: MARASCHIN, Cleci; FRANCISCO, Deise Juliana; DIEHL, Rafael (Orgs). **Oficinando em Redes: oficinas, tecnologias e saúde mental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011.

RODULFO, Ricardo. **El niño y el significante**. Buenos Aires: Paidó. 1990.

_____, Ricardo. **Desenhos fora do papel: da carícia à leitura-escrita na criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____, Rodolfo. **El psicoanálisis de nuevo: Elementos para la desconstrucción Del psicoanálisis tradicional**. Buenos Aires: Eudeba, 2008.

SANT'ANA, Luciana Ferreira da Rocha; CRUZ, Ana Cristina Rodrigues Ferreira da; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; COSTA, Neuza Maria Brunoro. Efeito de uma multimistura alimentar no estado nutricional relativo ao ferro em pré-escolares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 4, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16/04/2014.

SANTIAGO, Silviano. **Glossário de Derrida**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Ed., 1976.

SILVEIRA, Marília. **Vozes no corpo, territórios na mão: loucura, corpo e escrita no PesquisarCOM. Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2013.

TAMBELLINI, Anamaria Testa; SCHÜTZ, Gabriel Eduardo. Contribuição para o debate do Cebes sobre a "Determinação Social da Saúde": repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 341-196, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>. Acessado em 18 de maio 2014.

TESTA, Mário. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOROSSIAN, Sandra Djambolakdjian. Uma atitude do pesquisar: Psicanálise e pesquisa-intervenção. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 2007, Rio de Janeiro. Anais do XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 2007. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/mesa/2195_mesa_resumo.htm#3. Acessado em 26 de Abr. 2014.

_____, Sandra Djambolakdjian. Entre fadas e lobos: um dispositivo para escutar a dor. **Correio da APPOA**, v. 182, p. 54-53, 2009a.

_____, Sandra Djambolakdjian. Entre a psicanálise e a saúde coletiva: encontros com a dor, narrativas literárias, vulnerabilidades e infâncias. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, v. 23, n. 2, 2009b.

VELHO, Lea; VELHO, Paulo. A controvérsia sobre o uso de alimentação 'alternativa' no combate à subnutrição no Brasil: analysis of a controversy. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 16/04/2014.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição: Da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio. 2008.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____, D. W. **Pensando sobre crianças**. Porto alegre: Artes Médicas, 1997.

_____, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.