

Por uma clínica infinitamente minúscula:

o que pode o corpo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal *

Luciana Rodriguez Barone¹
Tania Mara Galli Fonseca²

BARONE, L.R.; FONSECA, T.M.G. Towards clinical care for infinitely tiny babies: what the body is capable of in a Neonatal Intensive Care Unit. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.35-47, jan./mar. 2013.

The aim of this study was to raise questions regarding clinical care and the body in hospital, and specifically in a neonatal intensive care unit, based on the author's experience as a psychologist in this context. Using cartographic methodology that retrieved the plane of sensitivities, which are often cleansed in hospitals, we explored the singularities of clinical encounters, with the intermediation of hospital and family institutions. Through this, we showed the homogenizing and patient-forming characteristics of encounters with premature babies present there. However, we also could see lines of flight from these dominant ways, which might open new care possibilities. In ask ourselves about the power of the body and clinical care, we went on exploring, with affirmation of clinical care for tiny babies, built through singular encounters, which brings in another intensive ethical paradigm for life.

Keywords: Premature baby. Hospital. Body-thought. Cartography. Clinical care for tiny babies.

O objetivo deste trabalho é problematizar a clínica e o corpo no hospital, especificamente em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a partir da experiência da autora como psicóloga nesse contexto. Utilizando uma metodologia cartográfica que resgata um plano de sensibilidades, frequentemente higienizadas no hospital, percorremos as singularidades dos encontros clínicos, atravessados pelos agenciamentos das instituições hospital e família. Com isso, evidenciamos as marcas homogeneizantes e apacientadoras dos encontros com o bebê prematuro que ali se encontra, mas também percebemos linhas de fuga a esses modos dominantes que abrem novas possibilidades de cuidar. Ao nos interrogarmos sobre a potência do corpo e da clínica, fomos percorrendo e afirmando uma clínica minúscula, que se compõe nos encontros singulares e coloca em cena outra ética intensiva da vida.

Palavras-chave: Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Corpo-pensamento. Cartografia. Clínica minúscula.

* Elaborado com base em Barone (2011).

¹ Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. Av. Francisco Trein, 596, Bairro Cristo Redentor. Porto Alegre, RS, Brasil. 91.350-200. lucianarbarone@yahoo.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Introdução: partindo do corpo

Este artigo faz parte de uma dissertação de mestrado, cuja pesquisa teve o objetivo de problematizar a clínica e o corpo no hospital, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A partir da experiência clínica como psicóloga em um hospital da mulher de Porto Alegre, fomos percorrendo as instituições e afetos presentes nesse espaço. Fazemos aqui um recorte clínico, parte da análise da pesquisa, a fim de percorrermos cartograficamente as instituições e saberes presentes no hospital, em suas configurações moderna e contemporânea, enquanto tecnologia de cura guiada pela medicina e permeada pela organização disciplinar.

Primeiramente, adentraremos a UTI Neonatal, convidando o leitor a percorrer o corpo e o cenário característicos desse espaço. Posteriormente, iniciaremos uma aproximação com a clínica neste contexto, trazendo as questões surgidas ao longo da pesquisa e nos debruçando sobre o problema de pesquisa emergente: o que podem o corpo e a clínica na UTI Neonatal.

A partir das análises produzidas, afirmaremos a possibilidade de construirmos uma clínica infinitamente minúscula, inspirada nas leituras de Spinoza, que afirma as partículas infinitamente minúsculas constitutivas dos corpos, e de Deleuze e Guattari (1997), preocupados com a micropolítica e com a produção de línguas menores na linearidade da língua maior. E, por fim, pensaremos uma ética da clínica coincidente com uma intensiva da vida, valorizando outros modos de existência.

Para tanto, afirmamos uma metodologia que toma o corpo e seus afetos como impulsionadores da produção de conhecimento. Corpo e pensamento se juntam para construir uma cartografia dos processos clínicos na UTI Neonatal, resgatando a sensibilidade e o plano expressivo da produção de sentidos, higienizados pela racionalidade. Aproveitamos a potencialidade da experiência como trabalhadora para pesquisar, tentando diminuir a dissociação entre pesquisa e clínica, observação e produção de conhecimento, objeto de pesquisa e pesquisador, fazendo-nos também objetos de pesquisa.

Diante do desafio de ser pesquisadora e trabalhadora concomitantemente, podíamos nos conectar mais intensamente com o campo, aproveitando a experiência e imersão tão essenciais à cartografia, mas, também, corríamos o risco de sucumbir aos modos predominantes, perdidos em meio a tantas formações molares. Assim, optamos por assumir nossas fragilidades e limites, o que possibilitou nos conectarmos com as fraquezas e dificuldades dos trabalhadores e pacientes, construindo um campo de desterritorialização comum.

Com base no critério de abertura do corpo, do princípio de expansão da vida e da regra de habitar o limiar possível de desterritorialização (Rolnik, 2006), construímos o rigor metodológico necessário, utilizando o procedimento da escrita como ferramenta, inspirado na narrativa intensiva do caso clínico (Barros, Passos, 2009). Realizamos a escrita de diários de campo, de fragmentos e de lembranças dos diferentes espaços ocupados (atendimentos, grupos, reuniões, discussões de casos), buscando expressar as experimentações vividas no campo e selecionar os afetos e as brechas possíveis de potencialização. Trazemos aqui fragmentos desses diários, tentando acompanhar e criar linhas de diferenciação.

Adentrando a UTI Neonatal

Cuidadosamente, a mão atravessava a abertura da incubadora e encostava seu dedo indicador no pezinho minúsculo cor acinzentada coberto por um medidor de saturação. O pé, enroladinho com esparadrapo e coberto pelo medidor, levemente se mexia, quase imperceptível. A ouvido nu se escutava... *pi, pi, pi...* sinal que dizia de algum signo capturado pela máquina acoplada a esse corpo ainda não totalmente formado. No mínimo, três corpos, ou partes deles, se encontravam ali: mão grande, pé pequeno, máquina barulhenta. Todos no mesmo plano de existência, o dos modos extensivos³. Corpos estendidos no tempo do relógio e no espaço da UTI Neonatal, cadenciados pelo ritmo compassado do saturômetro. Coleção infinita de corpos infinitamente pequenos⁴ se encontrando e se compondo para fazer viver cada um desses indivíduos da cena. Sim, corpos menores que o menor corpo, que o menor bebê que pudéssemos ver à nossa volta.

³ Para Spinoza (2008), nós, seres humanos, conhecemos somente dois atributos da substância infinita e imanente da qual fazemos parte (Deus ou Natureza): extensão e pensamento. Não há hierarquias entre os corpos e entre esses atributos, sendo a alma um modo do pensamento, e o corpo, da extensão.

⁴ Enquanto seres individuados e finitos, somos compostos por partículas simples, infinitamente pequenas, sempre agrupadas em conjuntos infinitos. Composições extensivas fazem-se e se desfazem a todo momento, marcadas por seus movimentos e repousos, lentidões e velocidades. Infinitudes de possibilidades de composições se efetuam, configurando, ao mesmo tempo, a finitude dos modos e a infinitude de arranjos possíveis (Spinoza, 2008).

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

Corpo orgânico e máquina mecânica se agenciavam de modo curioso. Ter uma incubadora ou um respirador artificial não fazia, simplesmente, com que uma vida, igualmente antes existente, pudesse ser salva. Mas sim, com que outra forma de vida, antes impossível, agora existisse e fosse afirmada. Máquinas-força, ativas nessa composição. Agenciavam-se corpos extensos, técnicas e signos, compondo um conjunto mecânico e linguístico único (Teixeira, 2001).

Olhando atentamente, nos diziam de um só corpo já individuado. Respiram juntos, se alimentam juntos, um traduz as necessidades do outro. A máquina que - na suposta ou experimentada impossibilidade de um corpo humano se manifestar funcionalmente - produz significados e decodificações, criando um ambiente de comunicação possível a um determinado leitor ou interlocutor: no caso, a mão(e). Individuações integrantes de outras individuações macroscópicas; e assim, sucessivamente, formando novos indivíduos, aos olhos humanos, aparentavam unir naturezas diferentes. Na verdade, uma só Natureza, marcada por esse modo de um único atributo extensivo, que nos une às máquinas pelo simples fato, também, de nos estendermos no espaço e no tempo segundo relações, encontros, de velocidades e lentidões de corpos mais simples. Bebê-máquina: essência efetuada expressando um modo particular de vida contemporânea.

Uma pretensão de clinicar

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

Na brecha de dúvida, resultante do encontro de olhares, restava a impossibilidade de significar, de compreender aquele código. Desviamos nosso olhar para os lados, buscando outros sinais que pudessem nos ajudar. A técnica de enfermagem manipulava outro corpo aparentemente indiferente ao ocorrido, o que imediatamente era traduzido por nós como *está tudo bem*, se é que pode estar tudo bem. Ao menos não está pior, penso silenciosamente. Precisávamos de

um mínimo de território seguro, ou ainda estávamos atravessados pelas instituições saúde e hospital, que buscam, com todas suas forças, distanciar-se da morte orgânica⁵. Ufa! Ao menos não se produzira naquele instante um sinal de alerta generalizado.

Alerta, assim nos sentíamos mãe e eu ao redor daquela caixa transparente que se dizia acalentadora e simuladora do calor de um útero, mas pouco lembrava o aconchego familiar de mãe. Encontro de quatro, três, ou infinitos corpos, na beira, no risco de uma possível dissolução. Paradoxo dos encontros que, ao mesmo tempo, dizem-se constitutivos e formadores dos sujeitos, e essenciais para o desenvolvimento de um bebê, de uma maternidade e de um fazer clínico; mas ocupam uma borda que não pode ser ultrapassada se ainda quisermos preservar a efetuação da essência singular de cada um daqueles corpos ali⁶. Aqui, a borda e nosso estado de alerta talvez não expressassem somente uma ânsia de evitação da morte diante dos encontros terríficos, para assim seguirmos com nossos territórios, nossas existências durando. Mas também um temor diante da (im)possibilidade de efetuar uma essência tão singular em existência, de fazer viver uma vida recém-chegada, por vir e já ameaçada, ocupando esse limiar do tempo que não sabemos se vai durar. Extremamente afetados⁷ um pelo outro, experimentávamos uma dúvida sobre a potência ou destruição que poderiam advir dos encontros de nossas composições tão fragilizadas naquele momento.

A mãe, curiosa e assustada, olhava aquele ser, buscando algo que se assemelhasse com uma imagem-bebê. Um sorriso, um choro, uma testa a se enrugar... algo que lhe dissesse da semelhança desse rosto consigo ou com o pai. Cabelo escasso, cabeça raspada para facilitar os procedimentos. Os olhos não se viam, constantemente fechados, com raras aberturas sutis, o que talvez lhe conviesse diante de tanta luminosidade à sua volta. Formatos de rosto, dedos, pés e mãos dificilmente identificáveis, já que sua forma raquítica não dizia somente de um tamanho, mas de algo que se pressupõe ainda não formado. Queria agarrar alguma semelhança humana, traço que fizesse percebê-lo como produção daquele agenciamento família, sexualidade, infância. O que se apresentava, entretanto, era um resto de rosto, um resto de significações, tão tênues... borrão, mistura entre o cinza e o bege. A inquietação nos tomava: onde está o bebê? Mantinha-se ali um resquício de criança que nos fazia seguir naquele encontro, sem nos lançar no vazio absoluto de um território totalmente devastado e sem esperanças de criação (Schérer, 2005).

O que pode o corpo no hospital?

Não mais percebíamos somente corpos estendidos no leito, ocupando um tempo e um espaço determinados, frequentemente evidenciados no hospital. Não nos sentíamos apenas corpos-extensão, marcados pela materialidade asséptica do hospital. Um poder de ser afetado por aquela situação nos preenchia de forma muito particular... intensidades passando por entre nossas significações desmanchadas produziam outros ruídos antes não experimentados. Encontros com o hospital intensivo (dita Unidade de Terapia Intensiva), com a biotecnologia, nos lançavam para agenciamentos não tão evidentes ao nascer de um bebê. Encontravam-se ali, também, corpos intensivos, potências não tão palpáveis nem visíveis, mesmo com os microscópios científicos.

Ar sem vento, luz sem sol, silêncio cheio de ruídos... os ruídos, estes, sim, se faziam perceber nitidamente. Barulho mais do que ruídos naquele instante, máquinas, apitos, conversas... menos choros. A luz intensa também estava ali, sem sabermos a hora, se dia ou noite. O dito paciente parecia estar tão rodeado

⁵ Da Idade Média até início do século XVIII, o hospital configurava-se como um espaço para os excluídos, pobres e desassistidos que iam ocupá-lo para morrer. Não havia preocupação em curar ou evitar a morte, sendo um espaço de grandes contaminações, mais asilar. Com a industrialização, foi se construindo a necessidade de organizá-lo e torná-lo uma técnica de cura, incorporada à medicina, de controle de doenças e evitação da morte orgânica. Garantir a vida biológica passou a ser sua função e preocupação central da sociedade (Foucault, 1979).

⁶ Essência tem a ver com uma potência de agir e de pensar que se efetua em cada corpo. Cada corpo tem sua forma singular de agrupamento de partículas que o caracterizam como tal, dando-lhe consistência e existência. Assim, esse encontro adquire uma existência e atualiza uma potência. Entretanto, deixa de durar extensivamente (morre) quando perde esse modo de relação que o caracteriza (Spinoza, 2008).

⁷ Efeito de um corpo sobre outro no encontro de corpos, sendo o modo como conhecemos e de onde o conhecimento pode partir para que ampliemos nossa potência e existência.

de pessoas... uma técnica que, a cada trinta minutos, o observava, media os sinais vitais, mas, mesmo assim, a vida tradicionalmente conhecida por nós parecia muito distante daquelas medidas. Batimentos cardíacos, temperatura, saturação de oxigênio e tantos outros. Tantos procedimentos, tanta medição de vida, mas nos perguntávamos: que vida estava sendo medida ali? Por que aquele encontro nos estranhava tanto?

Naquela presença abarrotada de sinais, transbordavam códigos, vazando por entre os pequenos dedos daquele bebê, contrastando com nossas grandes mãos que tentavam tocá-lo sem desmanchar. Encharcamento nos lançava num vazio de encontrar um bebê que não procurávamos. Encontro e não busca. Não achar o bebê esperado colocava-me diante de uma cena sem uma mãe prevista também. Poderia chamá-la de mãe, mesmo sem a certeza de que tivesse gerado exatamente um bebê? Um bebê prematuro impunha a necessidade de uma mãe prematura, não completamente formada aos olhos da ciência. Sentia-me também não muito psicóloga... não sabia bem o que fazer com uma dupla quase mãe-bebê. Sentíamos, também, *quase-bebês*, desterritorializados das formas da infância e de família modernas tão conhecidas. O amor maternal e sentimento familiar – que colocam o afeto pelo bebê angelical em primeiro plano –, o ato de amamentar e cuidar num lar intimista e privado estavam atravessados por outras sensações e ruídos (Ariès, 1981).

Forças imperceptíveis rastejavam pelos porões do imenso hospital, contagiando e infectando-nos. Pouco sabíamos daqueles códigos, nada parecíamos conhecer daquele pequeno corpo. Num primeiro movimento de desterritorialização, mãe e eu, não habituadas a esse universo da UTI, simplesmente *estávamos com*⁸ (Aragon, 2000).

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

Ao nos contagiarmos por esses códigos, começávamos a nos situar nesse universo da terapia dita intensiva. O que poderia eu orientar ali? O que fazia a equipe convocar-me? Até onde sabia, era importante que uma mãe amamentasse, pegasse seu bebê no colo, o tocasse, falasse com ele, assim como sabemos, de longa data, em psicologia que o aconchego desses primeiros tempos é essencial para a formação de um sujeito, de uma subjetividade dita normal e para a construção de um indivíduo inserido na linguagem.

Neste caso, impunha-se a urgência de uma prescrição psicológica⁹ que se afirmava poder salvar esse indivíduo, mas não parecia suficiente. Mãe e eu compartilhávamos dessa mesma dúvida, já que muito do que lhe vinha prescrito, devia, neste encontro, ser desacatado em certa medida. Algumas referências de um cuidado humanizado, no qual a voz, o toque, o olhar, o contato, um vínculo adequado entre pacientes e equipe, e um modo de atendimento ao sujeito integral (em todas as suas necessidades e demandas de saúde), deviam ser contempladas. Mas por que

⁸ “Estar com” para Aragon diz de um acompanhar que implica riscos, pois há um perder-se de si e um lançar-se na loucura de partir. Lugar no qual morre o eu narcísico, impessoal, mas inclui as pessoas em cena. Trata-se de um sair da identidade de clínico que torna possível a clínica.

⁹ Utilizamos este termo para dizer da prática tradicional das diversas profissões da saúde de adotar uma postura prescritiva, de saber e dizer das necessidades e condutas do outro, dito paciente, sem buscar conhecer e conectar-se com seus desejos, necessidades, realidade e singularidade.

humanizar? Quem queríamos tornar mais humanos? Os profissionais, os pacientes? Não eram exatamente os homens que teriam construído todos esses aparatos de cuidado em saúde e inventado essas noções de clínica, saúde, trabalho e sujeito? Aqui, os profissionais se incomodavam com a exigência de humanizar. Além de mais uma tarefa a atrapalhar a organização prescrita do trabalho irrealizável, diziam que não éramos humanos! Como assim? Um novo humanismo se impunha, no qual nos perguntávamos o que queríamos salvar, que tipo de homem estaria a surgir diante do nosso cuidado, e que tipo de trabalhador queríamos nos tornar diante das relações estabelecidas na UTI (Fuganti, 2009).

Ordem desordenada e certo humanismo desacatado. Tentava eu dizer: “ fale com ele, mesmo sem responder ele lhe escuta, converse sobre o que se passa, divida suas dúvidas e angústias com ele. Na impossibilidade de tocar, fale, sua voz é confortante, tente acamá-lo”. Sabia da importância das minhas palavras, diante da impossibilidade em que aquela mãe se via, como se nada pudesse fazer diante de tantas coisas que a separavam do bebê imaginado, ou do bebê que fora tentando esperar após tanto tempo de internação hospitalar. Mas algo nos fazia desconfiar de minhas próprias prescrições psicológicas. A mãe não falava e não parecia estar aberta e em condição de confortá-lo naquele momento. Quieta e presente, trazia perceptível, nas palavras mudas e nos pequenos gestos arriscados, uma desacomodação que não lhe permitia acolher incondicionalmente em aconchego esse outro. Seus olhos indagavam: será que ele escutaria mesmo, se nem os órgãos dos sentidos estão formados totalmente? E, com tanto barulho à nossa volta, se pode falar em conforto? Poderia ela anunciar qualquer tipo de conforto ou promessa de cura diante de tantas dúvidas que também eram nossas?

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

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

O lugar do médico, historicamente construído e muito ligado à necessidade de um saber que não pode falhar, de dar resultados e dizer prognósticos, desacomodava-se quando sua linguagem científica se desarmava, pois, de fato, não tinha garantias. Expectativas de um adulto promissor (estas também construídas e consolidadas na modernidade, quando o bebê passa a ser visto como um adulto em potencial, segundo Ceccim e Palombini, 2009), no mínimo, estancadas, suspendendo sonhos de uma quase-mãe que quer se orgulhar de um futuro filho gordo e saudável. O médico, com seu jaleco branco, ar de seriedade cansada, expressa nas rugas e olheiras pós-plantão, não sabia onde colocar os braços. Trazia certo desconforto e constrangimento. Gostaria ele de dizer: “ Sim, mãezinha, seu bebê está melhor, conseguimos salvá-lo e ele irá para casa”. Ou então, ao menos, ter a certeza de que, com uma notícia fatal, não precisaria encontrá-la no dia seguinte, novamente, sem prognóstico de melhora, e assim sucessivamente. Algo se sustentava ali, mesmo que nós profissionais nos sentíssemos tão destituídos de nossos lugares. Mãe e bebê também estavam meio deslocados.

¹⁰ Realizar um cuidado humanizado implica inserir o usuário e seus familiares nos cuidados, compartilhando decisões, cuidados e responsabilidades.

Nossa esperança era a técnica de enfermagem ou a enfermeira, que tanto pareciam compreender aquele universo e tão bem controlar todos os fatores à nossa volta. Chegaram cuidadosamente e pediram à mãe que sáísse, pois iam fazer um procedimento. O Procedimento, nome-próprio. Tempo cronometrado e organizado que não dizia do tempo de dormir, acordar e mamar do bebê, mas de tudo que deveria ser feito para assegurar os procedimentos clínicos de uma UTI. Estranho aquele pedido de sair. Não seria exatamente nessa hora que uma mãe deveria estar com seu bebê?¹⁰ Ou seria, simplesmente, outro saber de psicóloga a entrar em disputa, sustentando um ideal de atendimento dito humanizado? A psicologia estaria reafirmando seu saber como único e exclusivo, quando diz que o mais importante e essencial do cuidado é o vínculo da díade mãe-bebê, buscando preservar um único modo de família? Talvez por medo, preocupação, precaução, prevenção... enfim, algo que bloqueasse a intensidade dos afectos de uma quase-mãe ver seu quase-filho ser invadido, manipulado, perfurado. No mínimo, algo não muito agradável, não que as demais cenas ali o fossem.

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

Que tipo de relação estabelecia-se ali, entre nós da equipe e os pacientes, que permitia dizer que o profissional sabia qual era o nível de prudência necessário? Eu indicaria que a mãe ficasse, a enfermeira, que ela sáísse. A posição: a mesma. Distanciamento e submissão do outro às paixões, tristes ou alegres, mas sempre paixões, já que a potência de afetar está desconectada da potência de agir, e o corpo está desapropriado daquilo que o amplia ou o diminui, sem construir conjuntamente aquela decisão. Talvez a mãe se alegrasse em sair, se entristecesse ao ficar junto ao bebê durante o Procedimento. Mas, de qualquer forma, seriam paixões, ideias inadequadas, pois em nada faziam parte de uma produção de conhecimento comum.

O bebê... teria ele possibilidade de apropriação, de conhecimento, se nem ao certo sabíamos de sua potência de se afetar com todo o meio à sua volta? Seríamos capazes de nos afetar e conhecer seus modos de expressão nesse momento? Talvez a prudência dissesse de uma sensibilidade aguçada e sutil em perguntar se gostaríamos de ficar ali. Mesmo assim, talvez ainda estivéssemos no nível das ideias inadequadas. Saberíamos o que poderia se passar ali? Saberíamos antecipar, ou já teríamos possibilidade ou vivência de selecionar aqueles afectos? Seriam tristes ou alegres? A construção de uma noção comum, do que nos conecta com outro, implica selecionar aqueles afectos que ampliam nossa potência para, assim, podermos, cada vez mais, afirmar aquilo que, no encontro com o outro, expande ou diminui a vida (Deleuze, 2008).

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

Tais indagações atravessavam como em instantes condensados no menor tempo possível de ser vivido. E com esses desarranjos em trânsito, alguns lugares e estabilidades pareciam conseguir se manter, nada em desespero, apesar de o *desespero* ser uma casa bastante possível de habitarmos nesse aparente horror do hospital. Desespero ou acomodação ocupam polos, aqui, de um mesmo possível: estar tomado pelas paixões de forma passiva.

Rumores adentravam nossos encontros, perambulando pelos leitos e salas da UTI (Preciosa, 2010). Discretos, não eram notados facilmente. Surgiam por composições microscópicas, que se arranjavam e desarranjavam, nos colocando num desconforto duvidoso. Um bebê com outras formas nos convocava a buscar forças outras para podermos encontrá-lo em suas minúsculas dimensões. Olhar distante da mãe, buscando referências desencontradas. Fala silenciosa da psicóloga muda, cansada de suas próprias palavras. Mãos soltas de um médico que, nos bolsos do jaleco, não mais cabiam... e controle descontrolado da enfermagem, ao qual escapavam não só agulhas, mas, também, forças. Linhas de fuga iam se traçando, abrindo possibilidades de não mais ficarmos somente no plano das formas instituídas, da extensão ou da passividade (Deleuze, 1997). Aberturas para nos conectarmos com as potências de agir, singulares, de cada um e, ao mesmo tempo, de um comum nessa cena clínica.

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

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

Por uma clínica infinitamente minúscula

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

O bebê não continha em si nada de extraordinário. Provavelmente, para ele, essas nem fossem as questões, tão marcadamente adultas. Em sua anomalia, ou diferenciação da forma bebê, colocava-nos

¹¹ Spinoza (2008) afirma que os seres são constituídos pela mesma substância infinita e imanente, o que resgata a inumanidade presente no ser humano e o coloca num mesmo nível ontológico que qualquer outro ser existente. Esta intensidade impessoal e pré-individual faz-se presente quando abrimos espaço para outros modos de conhecer e experimentar não tão marcados pela racionalidade.

numa condição de anômalos também, construindo uma noção comum. Poderia ser mais um caso ao acaso, cotidiano e rotineiro, se, com nossas forças, bloqueássemos as intensidades, se, de modo rápido e eficaz, construíssemos novos territórios calcados na ciência, na religião, ou em crenças sobrenaturais. Mas algo daquela inumanidade, daquela vida ainda não vivida a ser tão investida, nos inquietava¹¹.

Havia algo de comum nas nossas composições que, apesar dos desarranjos, nos faziam querer viver aquele encontro de alguma forma. Deveríamos estar fazendo tantos esforços por este bebê? O que nos movia? O que restava desse encontro clínico senão um bebê falho que não respira, não mama e não chora como os demais? Com o que estávamos nos encontrando naquele instante (já que sentíamos que não era somente com esse Bebê, com *B* maiúsculo)? Suspensão de saberes, de formas, de subjetividades arredondadas, lançadas à intensidade do encontro de mãos sujas e sutilmente desprotegidas. A ausência de fala, mas, também, de uma linguagem codificada, como o choro, o riso e o balbucio, nos lançavam num universo sem palavras, sem significados. Toque perigoso nos fazia experimentar um paradoxo: o toque pode salvar ou matar? Tanta sensibilidade e miniaturização nos exigiam uma sutileza, inclusive, do toque sem mãos, com a pontinha dos dedos, quando até este poderia ser mortífero para o bebê.

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

Em verdade, nada havia de mágico, dramático ou homérico nesses toques e escutas sutis que nos forçamos a fazer. Simplesmente, fomos abrindo brechas, nem mesmo voluntárias, que nos tomaram num certo plano comum de incômodo com aquelas vidas, com nossas vidas e com nossos modos de fazer vidas. Quanto poder! Fazer vidas! Não o tínhamos de fato e talvez, por alguns instantes, não o queríamos. Simplesmente afetar-se, abrir-se para uma escuta que nos dizia que havia alguma vida ali que não nos pertencia, mas na qual estávamos muito imersos. Abertura esta necessária para o cartógrafo que busca conhecer a partir dos encontros de corpos, assim como do clínico que busca afirmar a ampliação de uma vida conectada com os afetos e construções conjuntas. Afirmção de que há algo naquele encontro, que não a falta. Não a vida determinada por um superior, ou simples organismo perdedor a não se adaptar. Uma vida, e corpo que "abriga sons para serem ouvidos. [...] cadências para serem experimentadas" (Preciosa, 2010, p.26).

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

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

tamanha era sua curiosidade em conhecer o bebê que em casa nunca chegava. O menino, mais velho, mas ainda diminuto, subiu em uma cadeira e inclinou-se. Queria ver. Olhava por entre as portinhas da incubadora como se janelas se abrissem. Curioso perguntou-nos, voltando o olhar para sua mãe: “Doutor, por que ele não chora?”. Insistia em encontrar um modo de se comunicar com o irmão, também um pouco despido do horror de vê-lo tão pequenininho (afinal, sempre lhe diziam que ele era bem pequenininho). Mas tampouco familiarizado o suficiente para trazer alguma palavra. Começou a sussurrar alguns sons ao pé de sua orelha. Sons que não queriam construir melodia, mas acessar aquela forma de linguagem tão estranha e diferente. Compunha versos, paradas e sons que nos faziam vibrar e, aos nossos olhos encharcados, chegavam. Contagiados, experimentávamos, naquele instante, algum desvio, algo ganhava expressão para alguém de nossas sábias palavras. Troca de olhares, um vento passou pela janela entreaberta. Vida encontrando outra vida ali. Experimentar encontrar-se com uma vida, suportar a vaziez (Preciosa, 2010). Talvez, aqui, habitar a miudez infinita de uma vida.

Ética da clínica, ética da vida

Neste trajeto, expresso por meio desses fragmentos clínicos, percebemos que os encontros com o bebê prematuro, fragilizado e miniaturizado, despertavam, em nós profissionais e familiares, um sentimento de infância singular, resgate do plano de sensibilidade apacientado na forma adulto-homem (Schérer, 2009). Mesmo em situações de risco constante e assepsias necessárias, contagiavam. Assim, abriam-se brechas para o inesperado, apesar dos muitos investimentos de salvá-lo e expectativas de formar um adulto promissor.

Tais bebês prematuros apresentavam-se, sim, como corpos em risco de dissolução e marcados pela urgência – fatores presentes no hospital e intensificados na UTI. Mas é justamente a partir deste limite experimentado que nos afetamos e interrogamos sobre a potência do corpo e da clínica. A partir destes afetos, nos conectávamos com nossas próprias fragilidades enquanto clínicos/pesquisadores não sabedores, pais insuficientes ou bebês não funcionais, adentrando um plano comum de composição múltiplo e impessoal e resgatando nossa própria infinitude e coletividade constitutivas.

Deixando passar tais intensidades advindas desses encontros fissurados, acompanhamos algumas possibilidades minúsculas de reinvenção e composição de uma clínica que não busca afirmar-se como uma nova identidade e se quer minúscula em contraposição às grandezas do hospital e da ciência. Positivar as diminuições de uma clínica ou o pequeno tamanho de um bebê prematuro internado nada tem a ver com minguarmos as forças ou nos assujeitarmos às grandezas. Sabemos e experimentamos as angústias das cenas clínicas, o sofrimento e a dor dos processos de miniaturização e desterritorialização. Deste modo, desejamos, sim, desmanchar, mas precisamos nos manter num limiar de organicidade do corpo e subjetivação da alma, de modo a podermos acessar as potências das quais falamos.

A tarefa e a vontade de manifestar tais forças colocam-se justamente na ocupação desta borda, habitada sempre arriscadamente. O risco é o de estarmos no plano das significações ditas verdadeiras, sem espaços necessários para as criações. Por outro lado, também arriscamos nos mantermos num emaranhado de afecções de corpos sensíveis, sem produzir sentidos e expressão (Spinoza, 2008). Buscamos dar expressão às potências impessoais que nos atravessam e fazem criar modos singulares de existir, de clinicar.

A questão não é mais somente a do limite entre vida e morte, mas dos modos de viver e morrer (Aragon, 2007). Como vivemos e morremos na UTI Neonatal? Essa indagação não se conclui, mas abre possibilidades de pensarmos. Para tanto, demos passagem às inquietações que iam deslocando-nos dos lugares habitualmente ocupados como pesquisadores, como clínicos-trabalhadores, como pacientes.

A potência da qual falamos aqui não é de posse do bebê prematuro, mas nossa também, já que analisamos a força dos agenciamentos que podem se produzir no encontro com ele e os desmanchamentos institucionais possíveis. Uma vida, e não mais a vida do bebê, contendo infinitas possibilidades de composição. Tal multiplicidade e abertura são, ao mesmo tempo, o que nos coloca em risco e possibilita criar estratégias inventivas de viver.

O critério utilizado para conhecer o que define uma potência e a impotência tem a ver com aquele afirmado por Spinoza (2008): a expansão da vida. Liberdade de expansão da existência tem a ver com

resgatar a própria potência de expressão nesse plano comum invisibilizado pelas leis sociais criadas. Está ligada a uma experimentação do corpo para produzir um pensamento adequado para esta ou aquela situação (Ulpiano, 1990). Assim, afirma uma ética imanente, que se faz a cada novo encontro, e que ultrapassa a moral do Bem superior ou do Homem dono de si mesmo.

Deste modo, objetivamos abrir espaço para outras formas de vida e de clínica menos assujeitadas, menos reféns de um saber transcendente, exterior e que não pode ser produzido por nós. Obviamente, em situações de risco, facilmente nos apacientamos, entregando nossas vidas a um saber já antecipado. Mas os saberes e escolhas científicas não são naturais, neutros, óbvios e também delimitam ou expandem nossas possibilidades de vida de acordo com a forma como se constroem nas relações.

Tal ética da vida e da clínica abre espaço para valorização de uma vida intensiva, e não somente orgânica, a ser preservada, potencializada e expandida. Não propomos então um novo saber, mas pequenas invenções no limite de saberes e poderes na clínica hospitalar. A experiência clínica seria propriamente devolver o sujeito para o plano de produção coletivo, intensivo (Benevides, 2005). É exatamente pelo fato de sermos compostos por partículas infinitamente minúsculas, agrupadas de determinados modos, que temos possibilidade de nos diferenciarmos de nós mesmos. Arranjos singulares, mais autônomos, baseados na experiência, e não somente em valores generalizantes.

Considerações finais

A partir desta cartografia, vimos emergir, neste cenário da UTI Neonatal, um corpo orgânico e individualizado, a ser olhado e manipulado, e sentimos os efeitos dos sentimentos de infância e família, no qual o bebê se torna alvo de cuidados, e a família, instrumento de aperfeiçoamento do biopoder. No encontro com as tecnologias avançadas e as políticas de humanização, evidenciamos o paradoxo no ato de produzir padrões de saúde e, concomitantemente, acolher as singularidades em situações de risco.

Ao resgatar, entretanto, o corpo como produtor de conhecimento e valorizarmos os afectos despertados pelo campo de pesquisa, indagamo-nos acerca da potência do corpo e da clínica de produzir rupturas a esses padrões. Evidenciamos, com isso, estratégias micropolíticas, microscópicas, de escapar e de questionar, sugerindo a construção de uma clínica minúscula, balizada por uma ética de expansão da vida. Mas buscamos seguir, com rigor, o método proposto, e consideramos essencial a afirmação constante de modos singulares de fazer pesquisa e produzir conhecimento.

Colaboradores

Luciana Rodriguez Barone desenvolveu o texto durante pesquisa de Mestrado, sendo Tania Mara Galli responsável pela orientação e supervisão deste.

Referências

- ARAGON, L.E.P. **O impensável na clínica: virtualidades nos encontros clínicos**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.
- _____. Criança: ensaio sobre a subjetivação. **Bol. Form. Psicanal.**, v.9, n.2, p.23-30, 2000.
- ARIÈS, P. **História Social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.
- BARONE, L.R. **Por uma clínica infinitamente minúscula: senti(n)do por entre os corpos no hospital**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011.

BARROS, R.B.; PASSOS, E. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.150-71.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicol. Soc.**, v.17, n.2, p.21-5, 2005.

CECCIM, R.B.; PALOMBINI, A.L. Imagens da infância, devir-criança e a formulação de uma educação para o cuidado. **Psicol. Soc.**, v.21, n.3, p.301-12, 2009.

DELEUZE, G. **En medio de Spinoza**. 2.ed. Buenos Aires: Cactus, 2008.

_____. O que as crianças dizem. In: _____. (Org.). **Crítica e clínica**. São Paulo: Ed. 34, 1997. p.73-9.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 1997. v.2.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: MACHADO, R. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p.99-111.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.667-79, 2009.

JUNQUEIRA, M.F.P.S. et al. Os desafios da humanização em uma UTI Neonatal Cirúrgica. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.261-82.

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

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2006.

SCHÉRER, R. **Infantis: Charles Fourier e a infância para além das crianças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

_____. Sem rosto: limites das prerrogativas do eu (moi) na criação – a idéia de mínimo em Deleuze. In: MACIEL JUNIOR, A.; KUPERMANN, D.; TEDESCO, S. (Orgs.). **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005. p.131-9.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

TEIXEIRA, R.R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre trans-formação do sujeito na saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.1, p.49-61, 2001.

ULPIANO, C. **Kant e Espinoza: moral e ética – sobre os modos de existência**. Aula de 29 de maio de 1990. Macaé: Centro de Estudos Cláudio Ulpiano, 1990. Disponível em: <<http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/?p=2812>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

BARONE, L.R.; FONSECA, T.M.G. Por una clínica infinitamente minúscula: lo que puede el cuerpo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neo-natal. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.35-47, jan./mar. 2013.

El objetivo de ese trabajo es problematizar la clínica y el cuerpo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neo-natal, desde la experiencia como psicóloga en este contexto. A través de una metodología cartográfica que rescata un plano de sensibilidades, a menudo higienizadas en el hospital, buscamos recorrer las singularidades de los encuentros clínicos, atravesados por las instituciones hospital y familia. Así, encontramos las marcas homogeneizantes de los encuentros con el bebé prematuro que ahí se encuentra. Pero, pudimos ver las líneas de fuga a esos modos dominantes que van abriendo nuevas posibilidades de cuidar. Cuando nos preguntamos sobre la potencia del cuerpo y de la clínica, fuimos recorriendo y afirmando una clínica minúscula que se compone en los encuentros singulares y pone en escena otra ética intensiva de la vida.

Palabras clave: Bebé prematuro. Hospital. Cuerpo-pensamiento. Cartografía. Clínica minúscula .

Recebido em 29/02/12. Aprovado em 12/11/12.