



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Tempo de olhar e escutar os bebês em sofrimento psíquico: clínica interdisciplinar em estimulação precoce sustentada pela Psicanálise.

Alessandra Garcês Celestino Moreira

Brasília, fevereiro de 2025

Alessandra Garcês Celestino Moreira

Tempo de olhar e escutar os bebês em sofrimento psíquico: clínica interdisciplinar em estimulação precoce sustentada pela Psicanálise.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGPsCC) da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação da Professora Márcia Cristina Maesso.

Brasília, fevereiro de 2025

A Banca Examinadora da defesa apresenta a seguinte composição:

Professora Doutora **Márcia Cristina Maesso**

Universidade de Brasília

Presidente da Banca

Professora Doutora **Viviane Neves Legnani**

Universidade de Brasília

Membro Suplente

Professora Doutora **Inês Catão Henriques Ferreira**

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Membro Externo

Professora Doutora **Valdelice Nascimento de França**

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Membro Externo

“Titia, fale comigo! Estou com medo porque está muito escuro”.

E a tia respondeu:

“De que lhe adianta isso? Você não pode mesmo me ver”.

“Não faz mal”, respondeu o menino, “quando alguém fala fica mais claro”.

(Freud, 1905/1996, p. 212, em nota de rodapé).

RESUMO

O propósito desta dissertação é evidenciar os sinais de sofrimento psíquico na primeiríssima infância, zero a três anos, visando a intervenção o mais a tempo possível, por meio da clínica interdisciplinar em estimulação precoce. O fundamento teórico subside na Psicanálise, tendo como eixo condutor a leitura de Freud, Lacan e os psicanalistas cujos trabalhos versam sobre a constituição psíquica, clínica das infâncias, especialmente a dos bebês. Entre as possíveis formas de se abordar um caso em pesquisa, optou-se pela construção de casos, privilegiando um olhar que parte da clínica, na qual entendemos fundar-se a descoberta psicanalítica em sua vocação de retroalimentar a teoria. Além disso, o instrumento IRDI – Indicadores de Referência para o Desenvolvimento Infantil – norteará todo o acompanhamento das crianças, uma vez que os indicadores se referem aos eixos de leitura de uma estruturação psíquica. Esse trabalho propõe a difusão de instrumentos e metodologias utilizados como critérios para detectar risco psíquico de bebês e crianças pequenas, inscrevendo no âmbito do Sistema Único de Saúde práticas que permeiam o acompanhamento do desenvolvimento a fim de que o mesmo não se reduza a critérios orgânicos.

Palavras-chave: psicanálise; bebês; estimulação precoce; sofrimento psíquico.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to highlight the signs of psychological distress in very early childhood, zero to three years old, aiming for intervention as soon as possible, through the interdisciplinary clinic in early stimulation. The theoretical foundation lies in Psychoanalysis, having as its guiding axis the reading of Freud, Lacan and the psychoanalysts whose works deal with the psychic and clinical constitution of childhood, especially of babies. Among the possible ways of approaching a case in research, we opted for the construction of cases, privileging a perspective that starts from the clinic, in which we understand that psychoanalytic discovery is based on its vocation of providing feedback to theory. Furthermore, the IRDI Instrument – Reference Indicators for Child Development – will guide all monitoring of children, since the indicators refer to the reading axes of a psychic structure. This work proposes the dissemination of instruments and methodologies used as criteria to detect psychological risk in babies and young children, including within the scope of the Unified Health System practices that permeate the monitoring of development so that it is not reduced to organic criteria.

Keywords: psychoanalysis; babies; early stimulation; psychological distress.

AGRADECIMENTOS

O quanto foi difícil chegar ao primeiro dia de aula, em pleno pós-cirúrgico, com o pé engessado e sem mãos suficientes para as muletas, a bolsa e o caderno. Estava, definitivamente, sustentada por um desejo maior.

Passados dois anos, que pareciam uma eternidade, mas que passaram em cima da cabeça (como dizia minha avó materna, Maura), preciso compartilhar a alegria do nascimento deste trabalho, feito também de suor, concessões, investimentos, ausências e presenças.

Agradeço à espiritualidade, que cuidadosamente abriu caminhos para essa estrada acadêmica.

Ao meu pai (*in memoriam*), cuja a tímida presença ainda sinto, mas sempre acompanhada de uma gargalhada autêntica e potente. À minha mãe, que me acompanha amorosamente na busca pelos meus sonhos e se alegra genuinamente com as minhas conquistas.

Ao meu companheiro, Marcelo, com quem compartilho a vida, danças, projetos, desejos e a parentalidade, e que se faz presente mesmo quando está cruzando o céu à frente das aeronaves, um dos seus maiores sonhos. Na roça, quando criança, ele apontava para o horizonte e profetizava para a sua mãe: “Ainda vou passar em cima da nossa casa”!

Ao fruto do nosso amor, Heitor, que me fez mergulhar na maternidade de uma forma visceral. Na vivacidade de seus dois anos, fez renascer em mim o desejo pela pesquisa e pelo retorno aos estudos.

Aos familiares e amigos, que me apoiaram com palavras de incentivo, abraços e mensagens, formando uma rede de apoio que me sustentou nesta travessia.

Ao CER e às colegas de trabalho, com quem descobri que, juntas, somos mais fortes diante de um cotidiano de ambulatório instigante e, ao mesmo tempo, avassalador.

A minha orientadora, Márcia Maesso, que me acolheu com tanto afeto e presença

desde o nosso primeiro encontro, apostando na relevância do meu trabalho e compartilhando um olhar diferenciado sobre a infância.

Às colegas da UNB, que atravessaram comigo essa jornada, tornando-a mais significativa e rica. Permaneceremos juntas, ainda que seja no grupo de whatsapp – *Help!*

Agradeço também por estar em uma universidade pública, reconhecida pela oferta de ensino de qualidade, mesmo enfrentando tantos desafios orçamentários e os ataques às instituições de educação e ciência nos últimos anos. Lembrarei com carinho dos meus alunos do estágio em docência, no qual me autorizei como professora (apesar de toda a apreensão) e fui acolhida em um espaço horizontalizado de profundas trocas e aprendizados.

Aos membros da banca, Inês Catão, Valdelice França e Viviane Legnani, minha gratidão pela contribuição a esta pesquisa e pelo trabalho árduo e de destaque no ensino público e no SUS. À Daniela Chatelard, que me encanta com tanto conhecimento e que também foi fisgada pela temática da infância e da parentalidade.

Agradeço também aos psicanalistas antecessores que acreditaram em uma intervenção ética, colocando-se como leitores de bebês, tomando-os como sujeitos, com toda a sua singularidade.

E aos bebês, crianças e suas famílias, que me impelem a buscar a minha melhor versão, levando-me a um lugar de não-saber para escutar toda a sabedoria de suas histórias.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I: DO <i>INFANS</i> À SUBJETIVIDADE 14	
1.1 Construção social e histórica da infância.....	14
1.2 O infantil na teoria psicanalítica.....	18
1.3 Constituição psíquica em Freud.....	21
1.4 Constituição psíquica em Lacan.....	38
CAPÍTULO II: MÉTODO 53	
2.1 Hipótese	53
2.2 Objetivo geral	53
2.3 Objetivos específicos	53
2.4 Metodologia de análise de dados	54
CAPÍTULO III: SOFRIMENTO PSÍQUICO..... 57	
3.1 Protocolo PREAUT.....	57
3.2 Pesquisa IRDI – Indicadores de Referência para o Desenvolvimento Infantil	59
3.3 Os quatro eixos teóricos que balizam a constituição psíquica	63
3.4 Sinais de sofrimento psíquico.....	66
CAPÍTULO IV: INTERVENÇÃO PRECOCE SUSTENTADA PELA PSICANÁLISE 80	
4.1 Clínica Multidisciplinar	80
4.2 Clínica Interdisciplinar	82
4.3 Clínica Transdisciplinar	89
CAPÍTULO V: CASOS 91	
5.1 Chorona.....	91
5.2 O down	106
5.3 Morto-vivo	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS-INSTANTE DE CONCLUIR 134	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 137	
ANEXOS	150

INTRODUÇÃO

Como se dá a passagem do *infans* para um ser com subjetividade? Como o investimento libidinal da função materna toma a criança como objeto? Como isto acontece (ou não) no plano clínico? É possível pensar que o bebê realmente entende aquilo que lhe falam?

A partir de algumas inquietações, destas que nos movem, associadas à leitura do artigo “Qual é o lugar para os pequenos na rede SUS?”, de Julieta Jerusalinsky (2016), percebi uma lacuna na rede de Saúde Mental Infantojuvenil no Distrito Federal para o atendimento de bebês.

A clínica de Estimulação Precoce atravessada pelo corte epistemológico da Psicanálise, ainda pouco praticada no Brasil e rara no Sistema Único de Saúde - SUS, é uma janela preciosa na medida que ocorrem nos bebês as primeiras marcas que subsidiarão a constituição psíquica e a estruturação da personalidade. Trata-se de uma política de Saúde Mental inovadora que evidencia as idiossincrasias de cada sujeito e família e que convoca para a interdisciplinariedade e intersetorialidade.

Por estimulação precoce tomamos o conceito de Jerusalinsky e Brandão (1997), situando o trabalho como a terapêutica precoce para crianças com problemas de desenvolvimento. Tem como eixo central a estruturação ou reestruturação da função materna, condição para possibilitar à criança sua própria estruturação como sujeito psíquico, e o apoio à criança na construção de seus aspectos instrumentais (linguagem, psicomotricidade, aprendizagem, brincar, socialização, hábitos de vida diária), que possibilitam suas trocas com o meio. É uma terapêutica que procura instalar o bebê no laço social, a partir da operação de filiação, requisito indispensável para a manutenção da sua saúde orgânica e psíquica.

O Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI) de 2020, documento que congregou organizações da sociedade civil, agentes do governo e das universidades para propor ações de

promoção e garantia dos direitos da criança pequena, contempla ações amplas e articuladas de promoção de direitos das crianças até os seis anos, período nomeado de primeira infância. Porém, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) denomina “primeiríssima infância” o período de gestação aos três primeiros anos de vida. Tal período é sustentado nas descobertas recentes da neurociência, que apontam o intervalo em questão como o mais relevante entre os períodos sensíveis do desenvolvimento cerebral.

Atuante em um Centro Especializado em Reabilitação – CER – testemunho a chegada de bebês para acompanhamento com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e neuropediatras em função de prematuridade, dificuldades pré, peri e pós-natal, investigação de síndromes e atraso no desenvolvimento. Frequentemente, escuto histórias em que os familiares notavam as dificuldades dos filhos e que comunicavam aos profissionais que ora lhes diziam “cada criança tem seu tempo”, em uma conduta expectante, ou decretavam um diagnóstico fechado e definitivo realizado em uma consulta. É uma lógica de patologização que desconsidera a importância dos primeiros tempos da constituição em face da estrutura psíquica e orgânica não decidida.

Outro agravante na rede pública de saúde é o grande contingente de encaminhamentos tardios de crianças já em idade escolar (5 a 9 anos). Alguns fatores podem ser apontados como agentes para esta demora, como o despreparo técnico dos profissionais da atenção básica, dificuldades de acesso aos serviços especializados e/ou longas listas de espera, contribuindo assim, para a cristalização e agravamento dos sintomas nas crianças.

Ademais, os profissionais de saúde que identificam as dificuldades no desenvolvimento do bebê, esbarram na escassez de clínicas interdisciplinares, uma vez que a prática está mais difundida e restrita a serviços multiprofissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Tratando-se especialmente do encaminhamento de bebês e crianças com sinais de

sofrimento psíquico, faz-se necessária a capacitação dos profissionais quanto à temática, que ainda permanece silenciada. A cultura de que somente crianças acima de determinada idade, geralmente com 03 anos, estão “aptas” para iniciar o acompanhamento psicoterapêutico ainda está arraigada. Tem-se a ideia equivocada de que apenas a partir desta faixa etária, a criança estaria cognitivamente pronta para iniciar o atendimento, como uma espécie de passaporte. Antes deste tempo é como se o atendimento apenas fosse possível para os pais, negligenciando-se a criança como sujeito ou protagonista do acompanhamento.

É preciso, socialmente, inscrever o fato de que um bebê pode sofrer psiquicamente e que este sofrimento tem consequências não só para sua constituição como sujeito, mas também para as aquisições que fazem parte de seu desenvolvimento (psicomotricidade, aprendizagem, aquisição de hábitos e linguagem). Isto porque o desenvolvimento não é autônomo (não se dá pelo mero cruzamento entre um organismo hígido e a passagem do tempo), e sim atrelado à constituição psíquica de um bebê, sustentada no laço com seu outro familiar, escolar e social.

Mas afinal, o que é sofrimento psíquico em seres tão pequeninos? Jerusalinsky (2002) pontua que o bebê, ou a criança pequena, deve ser tomado em acompanhamento quando o sintoma em questão produz um obstáculo à sua constituição enquanto sujeito e/ou as suas diferentes aquisições instrumentais e desenvolvimento. Quando um bebê apresenta um sintoma que coloca em risco a sua constituição psíquica, o sofrimento comparece em sua organização corporal e na realização de suas produções. Trata-se, portanto, de um sintoma que é dado a ver. Entendemos o dar a ver não no sentido do que se quer mostrar, mas do que comparece, do que se manifesta do sujeito no movimento, no tônus, em sua produção rítmico-temporal, e que, portanto, comparece na organização das funções corporais para além de suas intenções. Para além da palavra falada, as formações do inconsciente comparecem em ato, do visto no gesto, na postura, no tônus corporal, na entonação.

É deste tempo de vida e constituição psíquica que me ocupo a estudar e militar. Ler e escutar os sinais clínicos de sofrimento psíquico de bebês e crianças muito pequenas é um campo de atuação distinto dos demais. A suspeição oportuna dos transtornos do desenvolvimento psíquico em idade precoce permite o acompanhamento em serviço especializado, evitando a cristalização de graves psicopatologias infantis que incluem os quadros de autismo, psicose e debilidade, segundo Vorcaro (1999).

Até pouco tempo, acreditava-se que o diagnóstico de patologias graves só podia ser estabelecido depois que a criança atingisse entre dois e três anos. Mas, pesquisas recentes apontam para a possibilidade de detecção de sofrimento psíquico aos 4 meses (Laznik, 1997).

Mais recentemente, inaugurou-se uma nova direção de trabalho psicanalítico, qual seja, receber crianças ainda no primeiro ano de vida de modo a identificar o sofrimento psíquico e o risco de evolução psicopatológica, assim como intervir a tempo de reverter o rumo e a instalação de patologias precoces (Jerusalinsky, 2004).

Por fim, demorar para intervir em bebês e crianças pequenas pode equivaler a uma negligência na assistência à pessoa em perigo, como aponta Laznik (2013). A prática clínica ensina que as instalações do aparelho psíquico se fazem cedo e que, dada a plasticidade do aparelho psíquico, é possível identificar e reverter a evolução de psicopatologias. Portanto, a idade precoce para a intervenção é um dado central e decisivo. Assim, a psicanálise com bebês se coloca como uma opção para a “intervenção a tempo” (Teperman, 2005), em um período da história do bebê em que sua constituição ainda está em aberto.

Faz-se importante lançar mão do que Laznik (1997) chamou de prevenção: reconhecimento de sinais clínicos indicadores de transtornos na constituição psíquica do bebê, seguido pela intervenção psicanalítica com o bebê e seus pais. Sendo assim, essa é a bússola desta dissertação.

O tempo de ver e escutar os bebês em sofrimento psíquico, título desse trabalho, faz

analogia à proposição lacaniana acerca do tempo lógico, espécie de travessia temporal necessária para que uma asserção subjetiva possa ter lugar de apreensão. Ele nos diz: “[...] se, nessa corrida para a verdade, é apenas sozinho, não sendo todos, que se atinge o verdadeiro, ninguém o atinge, no entanto, a não ser através dos outros” (Lacan, 1945/1998, p. 212). Se não é sem os outros que o sujeito encontra as condições de afirmar-se subjetivamente, também não é sem o tempo de compreender, vivido como uma espécie de coreografia em que o sujeito se localiza ao localizar os outros, que a experiência do coletivo pode ter lugar.

A passagem direta do instante de ver ao momento de concluir favorece o risco de patologização, medicalização e criminalização da infância, obstaculizando a constituição de um sujeito e o seu desenvolvimento. Em tempos de muitas e falsas epidemias diagnósticas, é importante nos mantermos em diálogo, sustentando práticas de aposta nos processos de estruturação do sujeito e difundindo o conhecimento adquirido.

Para que os nossos esforços não surtam um efeito contrário e indesejável, é preciso ressaltar que um sinal de risco sozinho não deve ser considerado como suficiente para o diagnóstico de uma patologia. Antes dos três anos de idade, o diagnóstico é dado pela presença (ou não) de sofrimento psíquico no bebê e na criança, assim, na primeira infância, as estruturas de personalidade são sempre não decididas. Partindo da premissa de Gisela Untoiglich (2019), os diagnósticos são suposições e devem ser escritos a lápis.

Dissertar acerca da clínica da primeiríssima infância me levou a trazer pontos essenciais como a construção social e histórica da infância e do infantil, localizados no capítulo I. Na subseção seguinte, apresento a constituição psíquica a partir de Freud, o pioneiro a lançar um olhar sobre a infância por meio do seu paciente Hans. A criança que Freud descortina é um sujeito desejante, ela está submetida às leis da linguagem que a determinam, demandando amor e não só os objetos que satisfaçam as necessidades. Desfaz-se, assim, a aura de imaculada castidade erguida ao redor das crianças, porque se

supunha que o estado de pureza lhes era o seu estado natural, e abala essa idealização da infância. Na última subseção, apresento a visão lacaniana acerca da constituição do sujeito. Para que este “bolo de carne” possa vir a se constituir como sujeito, é necessário um desejo que não seja anônimo, que haja uma transmissão de um desejo que situe a criança, permitindo-lhe se posicionar diante do Outro.

No campo metodológico, exposto no capítulo II, apresento a hipótese que norteou a busca deste trabalho, seguida dos objetivos geral e específicos. Esclarecida a metodologia da análise de dados, desenvolvo o capítulo III que versa sobre o sofrimento psíquico. Primeiramente, descrevo dois protocolos de rastreio de saúde mental infantil, o PREAUT e o IRDI, e, então, os quatro eixos teóricos que balizam a constituição psíquica finalizam este capítulo.

Existe de fato uma flutuação conceitual quanto aos conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade, sendo utilizados de maneira indiscriminada. O capítulo IV abre espaço para esta diferenciação e apresenta a justificativa da clínica interdisciplinar em estimulação precoce sustentada pela Psicanálise. Os enfoques inter e transdisciplinar, utilizando ferramentas psicanalíticas, permitem reformulações clínicas decisivas na prática com crianças afetadas por fragilidades na constituição psíquica. Se trata de escutar a criança em seu singular modo de confrontar-se com o que o outro lhe demanda a partir do que nela se articulou como inscrição. Por isto, quando a infância está ameaçada, a decisão de quem e de quantos irão intervir, tem consequência fundamental.

No capítulo V, apresento os fragmentos de três casos clínicos, ressaltando os desdobramentos teóricos e a articulação com a teorização apresentada ao longo da dissertação. Ressalto que foram resguardadas as alterações de praxe necessárias para proteger a privacidade das crianças e seus familiares.

CAPÍTULO I – DO INFANS À SUBJETIVIDADE

*Oh! Que saudades que tenho
 Da aurora da minha vida,
 Da minha infância querida
 Que os anos não trazem mais!
 Que amor, que sonhos, que flores,
 Naquelas tardes fagueiras
 À sombra das bananeiras,
 Debaixo dos laranjais!*

(Casemiro de Abreu, 1859)

1.1 Construção social e histórica da infância

Alguns termos são tomados como sinônimos ou sobrepostos, sendo criança, infância e infantil alguns exemplos, entretanto, a teoria psicanalítica apresenta conceituações diferenciadas.

O interesse e o olhar para as crianças e suas infâncias não foi um tema sempre presente no transcurso da história da humanidade. Somente no século XVII elas adquiriram maior visibilidade e com isso se tornaram objeto de estudo, com foco em temas como criança, infância e família:

Até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava

representá-la. É difícil crer que essa ausência se devesse à incompetência ou à falta de habilidade. É mais provável que não houvesse lugar para a infância neste mundo ... Tal é nosso ponto de partida. Como daí chegamos às criancinhas de Versalhes, às fotos de crianças de todas as idades dos nossos álbuns de família? (Ariès, 1973, p. 17-18).

A falta de uma história da infância e seu registro historiográfico tardio são um indício da incapacidade por parte do adulto de ver a criança em sua perspectiva histórica. Somente nos últimos anos o campo historiográfico rompeu com as rígidas regras da investigação tradicional, institucional e política, para abordar temas e problemas vinculados à história social (Ariès, 1973).

Na Idade Média (476-1453), o mesmo autor considerava a infância como um período caracterizado pela inexperiência, dependência e incapacidade de corresponder a demandas sociais mais complexas. Esse período da vida não tinha valor, não merecia ser retratado nas pinturas, pois era uma transição breve devido à alta taxa de mortalidade infantil, resultante das precárias condições de higiene e saúde. A sobrevivência era incerta, o que justificava o “não apego” às crianças. Além disso, havia uma rápida substituição das falecidas, pois a perda não deveria ser lamentada por longo tempo.

Por não haver diferença de tratativa quanto às faixas etárias, a criança era vista como um adulto em miniatura e, por isso, trabalhava nos mesmos locais, usava as mesmas roupas e era vista em todos os cenários do cotidiano da época. Não havia sentimento de pureza, inocência ou mesmo da particularidade infantil, “apenas seu tamanho os distingua dos adultos” (Ariès, 1973, p. 17). O autor descreve:

[...] primeiro, a de que na vida quotidiana as crianças estavam misturadas com os adultos, e toda reunião para o trabalho, o passeio ou o jogo reunia crianças e adultos; segundo, a ideia de que os pintores gostavam especialmente de representar a criança

por sua graça ou por seu pitoresco (o gosto do pitoresco anedótico desenvolveu-se nos séculos XV e XVI e coincidiu com o sentimento da infância “engraçadinha”, e se compraziam em sublinhar a presença da criança dentro do grupo ou da multidão (Ariès, 1973, p. 31).

Por volta do século XIII, começaram a surgir algumas representações de crianças com traços diferenciados dos adultos. As crianças mortas começaram a ser retratadas, assim, da indiferença anterior, fez-se uma transição para a representação e um destaque, mesmo diante da vida fugaz.

A diminuição da mortalidade e a maior cristianização (imortalidade da alma), além da preservação da inocência e da fragilidade infantil, impulsionaram, no século XVI, o surgimento da representação da criança na forma de *putti*, ou seja, criancinhas nuas/anjos, ligando, assim, a infância a uma religiosidade. Uma nova devoção lhes foi praticamente reservada – a devoção do anjo da guarda. A intenção das imagens era demonstrar que os anjos preferem a suavidade das crianças à revolta dos homens.

No século XVII, entretanto, a criança — ou, ao menos, a criança nobre ou burguesa — não era mais vestida como os demais. Ela agora tinha um traje reservado à sua idade, que a distingua dos adultos, e esse fato essencial aparece logo ao primeiro olhar lançado às numerosas representações infantis do início deste século.

Outra contribuição na demarcação da infância com as suas particularidades, deve-se à história dos jogos e brincadeiras:

Primeiro, a idade dos brinquedos: as crianças brincam com um cavalo de pau, uma boneca, um pequeno moinho ou pássaros amarrados. Depois a idade da escola: os meninos aprendem a ler ou seguram um livro e um estojo; as meninas aprendem a fiar. Em seguida, as idades do amor ou dos esportes da corte e da cavalaria: festas, passeios de rapazes e moças, corte de amor, as bodas ou a caçada do mês de maio dos

calendários. Em seguida as idades da guerra e da cavalaria: um homem armado. Finalmente, as idades sedentárias, dos homens da lei, da ciência ou do estudo: o velho sábio barbudo vestido segundo a moda antiga, diante de sua escrivaninha, perto da lareira (Ariès, 1973, p. 9).

Ainda no século XVII, aconteceu uma reforma dos costumes influenciada por uma renovação religiosa e moral diante de uma narrativa sustentada pelos educadores e reformadores da Escolástica, exaltando a inocência infantil como próxima de Deus, no qual, o contato indiscriminado de adultos e crianças passou a ser condenado.

A fim de preservar a inocência infantil, houveram diversas recomendações, sendo a educação uma das principais:

... a escola se tornou no início dos tempos modernos um meio de isolar cada vez mais as crianças durante um período de formação tanto moral como intelectual, de adestrá-las, graças a uma disciplina mais autoritária, desse modo, separá-las da sociedade dos adultos (Ariès, 1973, p. 165).

Nesse momento, o sentimento de infância corresponde a duas atitudes contraditórias: uma considera a criança ingênua, inocente e graciosa e é traduzida pela paparicação dos adultos, e a outra surge simultaneamente à primeira, mas se contrapõe à ela, “tornando a criança um ser imperfeito e incompleto, que necessita da moralização e da educação feita pelo adulto” (Kramer, 2003, p. 18).

Foram introduzidos conceitos de disciplina em que o mestre se tornaria responsável pelo comportamento do estudante fora de sala como autoridade superior para transformá-las em adultos socialmente aceitos. Do século XIV ao XVIII, a disciplina escolar se fazia através de castigos cada vez mais humilhantes e violentos, estes eram dirigidos às crianças pequenas, sendo mais tarde estendidos a toda população escolar: “Quem não usa a vara, odeia seu filho. Com mais amor e temor castiga o pai ao filho mais querido. Assim como uma espora aguçada

faz o cavalo correr, também uma vara faz a criança aprender” (Levin, 1997, p. 230).

Em 1763, a opinião pública manifestou repugnância pelo regime disciplinar o que resultou em sua supressão. O caráter servil do castigo corporal não era mais reconhecido como adequado à fraqueza da infância, surgindo a ideia de que a infância não era uma idade servil e não merecia ser metódicamente humilhada.

Assim, tem-se uma nova postura da família em relação à criança, que passa a assumir mais efetivamente a sua função e começa a percebê-la como um investimento futuro, que precisa ser preservado e, portanto, deve ser afastada de males físicos e morais. “Não é a família que é nova, mas, sim, o sentimento de família que surge nos séculos XVI e XVII, inseparável do sentimento de infância” (Kramer, 2003, p. 19).

1.2 O infantil na teoria psicanalítica

Apesar de o tema do infantil tangenciar a infância e a psicanálise de crianças, ele certamente não se limita a elas: “... do ponto de vista psicanalítico a infância não é uma formação histórica e sim uma formação de estrutura; assim, houve infância entre os gregos, entre os romanos, na época medieval, no despotismo ilustrado, no renascimento ou nos nossos dias” (Jerusalinsky, 1998, p. 151).

Zavaroni et al. (2007) apontam que infância e infantil estão remetidos a estruturas conceituais diversas, uma vez que a primeira refere-se a um tempo de realidade histórica, enquanto o segundo é um conceito metapsicológico, atemporal e está remetido a conceitos como pulsão, recalque e inconsciente, ou seja, como marca mnêmica recalcada, referente aos primeiros anos de vida. Esse deslizamento conceitual tem como ponto central o lugar da fantasia.

Com o advento da psicanálise, a infância tornou-se o período de vida no qual os

homens deveriam buscar as raízes do seus sofrimentos e sintomas. Nas primeiras formulações psicanalíticas, infantil é um adjetivo referente a um momento cronológico da vida psíquica, o qual passa a acompanhar as experiências produtoras de sofrimento em tempos posteriores. Na etiologia das neuroses buscavam-se as experiências sexuais traumáticas ocorridas durante momentos iniciais da vida e que a criança não teria maturidade física e psíquica para lidar e sofrer o impacto excessivo da experiência. É na medida de sua impossibilidade de simbolizar o acontecimento sexual que este assumiria o caráter de evento traumático, determinante para o adoecimento e padecimento neurótico na fase adulta. Portanto, fantasia e realidade revelam ter o mesmo valor funcional na psique, ou seja, o que se imagina pode ter o mesmo peso do que se encontra no mundo exterior.

A afirmação de Freud feita à Fliess (Freud, 1950[1892-1899]/1980) “não acredito mais em minha neurótica”, foi uma torção freudiana. Ele coloca em descrédito a realidade das cenas de sedução infantil, uma vez que buscava por lembranças fidedignas, o relato fiel do fato. O campo do sexual era deslocado do registro da realidade material para o da realidade psíquica, e, com isso, o corpo passou a ocupar o lugar do erotismo franqueado pela fantasia. Dessa forma, o infantil deixa de ser visto como um acidente de percurso no desenvolvimento cronológico do sujeito. Ultrapassando as barreiras da cronologia, o infantil assume seu caráter mais indelével ao se mostrar como uma vocação estrutural do sujeito e do inconsciente (Birman, 1997).

Na obra de 1900/1980 – *Interpretação dos sonhos* – Freud afirmou: a reconstrução do infantil nos remete a algo “que é mais antiga no tempo primitivo na forma e na topografia psíquica, ou seja, que está mais perto da extremidade perceptiva” (p. 584). Logo, o infantil, além de seu caráter determinante na constituição psíquica, é, também, o mais antigo e o mais precoce. Tanto no sentido daquilo que é mais remoto, quanto no sentido daquilo que está em conexão com modos arcaicos do funcionamento psíquico.

Birman (1997) escreve:

“além disso, é preciso considerar que se o significante infantil se introduziu pela ordem adjetiva, logo em seguida transformou-se num substantivo. Nestas diversas transmutações, significantes e gramaticais, algo de fundamental se processou na leitura do sujeito e de seu sofrimento psíquico. Pode-se dizer, sem qualquer exagero, que foi neste deslocamento entre as palavras infância e infantil, assim como nesta dança e nesta transmutação de gêneros gramaticais, que se pode circunscrever a invenção da psicanálise como tal (p. 9).

Assim, prossegue o autor, o infantil se transformou num substantivo, onde seria representado no registro da reminiscência. Do estado de um resto, que seria remanescente no campo da memória, o infantil se substantivou na estrutura do inconsciente. Assim, o infantil também se refere às sensações que ficaram grafadas no psiquismo nos primórdios da constituição psíquica. Os sons, os cheiros, as sensações táteis compõem as marcas mnêmicas primordiais e estende-se para além delas.

Em 1905/1980 – *Três ensaios sobre a sexualidade* – Freud estabelece o desamparo infantil e a busca de satisfação como elementos constituintes da subjetividade: “acho que a amnésia infantil, que torna a infância do indivíduo uma espécie de tempo pré-histórico, escondendo lhe os primórdios de sua vida sexual, é responsável pelo fato de geralmente não se dar valor ao período da infância no desenvolvimento da vida sexual” (p. 77).

Já na obra de 1914/1980 – *O caso do homem dos lobos* – o infantil é entendido como sendo o que se reconstrói em análise das cenas e das fantasias da infância do paciente. Ao analisar uma neurose infantil quinze anos depois de haver terminado, Freud aponta o caráter atemporal do infantil. Desta maneira, o infantil não se desfaz no adulto, mas permanece determinando aquilo que o mesmo reelabora no trabalho de análise. É o infantil em seu caráter singular e próprio ao percurso de cada analisando.

A infância e o infantil não estabelecem uma relação de complementação, em que o infantil comparece como a parte inconsciente daquilo que permanece consciente sobre a infância que se viveu um dia. Tanto a infância vivida como o infantil estão transfigurados pelo recalque que os fragmentou. Não há infantil a ser esgotado em seu resgate, nem uma imagem ou construção sobre a criança a ser completada no trabalho de análise.

Leda Bernardino (2004) afirma que o conceito de infantil na obra freudiana refere-se a esse tempo entre o recalque originário e o recalque propriamente dito do Édipo. Esse tempo vai desde a inscrição dos significantes primordiais, a constituição do fantasma fundamental e do encontro com um mito – o de Édipo, constituindo o inconsciente como sede do sujeito.

Freud nos propõe que o infantil do sujeito é legível na sua infância, e que, no adulto, essas formações infantis persistem não sob a forma de acontecimentos inexoráveis, mas “sob a forma de um tecido lógico que permite a esse sujeito ser ou não partícipe de certa posição e acontecimento sociais” (Jerusalinsky, 1998, p. 155). Portanto, o sintoma é uma marca da criança que habita no sujeito, enfim, o infantil dita o tom do discurso do inconsciente, materializando-se simbolicamente nos sonhos, atos falhos, chistes e sintomas.

1.3 Constituição psíquica em Freud

Freud, ao discutir a constituição psíquica, descortina que o nascimento do humano não é regido somente pela ordem instintiva, mas pela estruturação a partir do reconhecimento do outro, evidenciando a importância do relacional, da necessidade para o desejo e ratificando que o corpo não se reduz à materialidade orgânica.

Nos escritos de 1895/1980 – *Projeto para uma psicologia* – encontramos elaborações sobre a construção da memória e o aparelho psíquico a partir das experiências de satisfação e

estas por sua vez, estão ligadas à um estado de desamparo original do ser humano:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais. Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação, que tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo (Freud, 1895/1980, p. 24).

Este termo foi adquirindo várias conotações, desde a imaturidade infantil até a necessidade de dependência que o bebê tem de possuir o objeto primário para realizar suas ações específicas. A fragilidade coloca o bebê diante de uma total dependência de um outro auxiliador, o que Freud denomina de *Nebenmensh* (*neben*: próximo / *mensch*: homem). “É o primeiro objeto de satisfação, o primeiro objeto hostil, assim como único poder auxiliar” (Freud, 1895/1980, p. 44). Trata-se de um indivíduo experiente que atenta para o estado da criança e que suprime a tensão, resultando na experiência de satisfação. Este codifica ou decodifica pela sua ação e suas palavras os gritos de angústia do bebê, que está no cerne da sua dependência primordial. É no encontro com este outro que advirão as primeiras experiências de satisfação pondo em marcha as primeiras inscrições psíquicas.

Fernandes (2000) afirma que na irrupção de uma nova tensão de necessidade, pelas urgências da vida, acontecerá um re-percurso das marcas da primeira experiência de satisfação, acontecendo assim, uma alucinação do objeto de satisfação. “Este não será

propriamente o outro, ou o real do seio, mas a lembrança destas impressões situando-se, este objeto, no campo da linguagem” (p. 54). A necessidade que encontra a sua satisfação na ação específica ao fornecer o objeto real, se distingue assim, do desejo, que encontra a sua satisfação na reprodução alucinatória dos traços da percepção. Mieli (2017) acrescenta:

Em termos freudianos, os traços mnésicos deixados pelo odor, pela proximidade do corpo da mãe, reativam por contiguidade, as pulsões parciais e orientam o desejo, a saber, a tentativa de reencontrar, na realidade, um objeto de satisfação similar àquela cuja experiência deixou um traço no aparelho psíquico. Ainda que a repetição da experiência inscreva uma diferença, ela garante uma continuidade necessária à tessitura da corporeidade libidinal, antes mesmo que uma experiência subjetiva unitária do corpo tenha podido acontecer (Mieli, 2017, p. 24).

Diante da primeira experiência de falta, o bebê alucina a satisfação de seus impulsos internos, reparando a falta de objeto. A decepção ante as frustrações da satisfação esperada faz com que ele abandone a tentativa de realização do desejo via alucinação. O funcionamento psíquico passa a operar levando em consideração as circunstâncias do mundo exterior, mobilizando modificações nesse mundo. O bebê tem a percepção de que a alucinação não apazigua suas necessidades de satisfação, o que, necessariamente, coloca em movimento o seu investimento libidinal em direção ao mundo externo.

No circuito pulsional vai se produzindo para o bebê a inscrição psíquica de satisfação-insatisfação. Ele buscará reencontrar a satisfação, que para sempre irá procurar restabelecer a situação de satisfação original. Um impulso desta espécie é o que chamamos de desejo (Freud, 1900/1980, p. 603).

Qualquer que seja a sensação, é de um a-mais de prazer acrescido à satisfação da necessidade biológica, mas vivido originalmente em conexão com ela, que constitui a origem da pulsão sexual:

A relação de uma criança com quem quer que seja responsável por seu cuidado proporciona-lhe uma fonte infindável de excitação sexual e de satisfação de suas zonas erógenas. Isso é especialmente verdadeira já que a pessoa que cuida dela, que, afinal de contas, em geral é sua mãe, olha-a com sentimentos que se originam de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija-a, embala-a e muito claramente a trata como um substitutivo de um objeto sexual completo (Freud, 1905/1980, pp. 229-30).

Portanto, depois da primeira experiência de satisfação, retida nos traços mnêmicos, não se recupera mais o objeto, o que faz dele algo não idêntico ao objeto da função vital. “Encontrar o objeto sexual significa, em suma, reencontrá-lo” (Freud, 1905/1980, p. 165), quer dizer, reencontrá-lo em outro lugar: na imagem, na memória ou na representação.

O desejo é assimilado a um impulso psíquico que procura investir a imagem mnêmica do objeto constituída a partir das experiências primeiras de satisfação do bebê com o seio materno. Este objeto é da ordem de uma marca, de um circuito de representações. Trata-se do campo das lembranças, da mítica lembrança prazerosa. Como precisa Garcia-Roza (2004), não é o seio enquanto objeto real que é investido, mas uma representação-objeto.

Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1980) um dos textos centrais na teoria psicanalítica, Freud aponta que o olhar de um outro toma a criança como substituto de um objeto sexual completo, dotando algo de um interesse sexual, ou seja, do investimento libidinal. O autor descreveu o quanto as trocas entre um recém-nascido e seu cuidador eram uma fonte contínua de excitações e de satisfações sexuais.

Fernandes (2000) aponta que essa passagem faz referência a um olhar que transcende a existência real da criança, substituindo-a por um objeto de valor presente no universo psíquico materno. É um olhar que dota algo de um interesse sexual correspondendo à noção de investimento libidinal. O termo libido é “a expressão psíquica da pulsão sexual” (Freud, 1915/1996, p. 133). Em termos quantitativos, a libido é caracterizada ora como força ora

como energia e por vezes tomada como sinônimo de pulsão sexual (Garcia-Roza, 2004). De toda forma, Freud situa no eu sua localização originária, seu grande reservatório.

Seguindo na obra de 1905, o autor também delineou a sexualidade infantil, apresentando o discurso da pulsão (*Trieb*) e operou o grande corte com o instintual, no qual, a sexualidade pulsional não se confunde e não se reduz à genitalidade. Entretanto, somente em *As pulsões e suas vicissitudes* (1915/1996), Freud extraiu todas as consequências teóricas deste conceito e esclareceu que por pulsão deve-se entender como o representante psíquico de uma fonte endossomática de estímulos que não pára de fluir, à diferença do “pulsão”, que é produzido por excitações isoladas oriundas de fora. “Assim, pulsão é um dos conceitos na demarcação entre o psíquico e o físico” (Freud, 1905/1980, p. 66). Dessa forma, a pulsão aparece como um conceito de fronteira entre o corpo e psique, como um representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo.

“As pulsões não são cognitivas, elas são emotivas, provocadoras de pensamentos dinâmicos, que narram histórias” (Trevarthen, 2019, p. 18). Torna-se necessário uma ciência aberta, que valorize o movimento, os interesses e os sentimentos, que além de tudo, são compartilhados, complementa o autor.

A descrição do conceito de pulsão exige distinguir seus elementos: impulso (*drang*), alvo (*ziel*), objeto (*objekt*) e fonte (*quelle*). O impulso é o que dá a medida da exigência de trabalho. Nesse sentido, toda pulsão é ativa. Já o alvo, ou seja, a meta, é sempre a satisfação que, mesmo sendo parcial, é atingida por meio do objeto. Em sua origem, o objeto não está ligado à pulsão, ele só se liga a ela pela capacidade de levar à satisfação. Assim sendo, é o termo mais variável dentre os quatro.

Freud aponta que a fonte da pulsão é sempre corpórea, “a fonte do instinto é um processo excitatório num órgão, e sua meta imediata consiste na remoção desse estímulo no órgão” (Freud, 1905/1980, p. 67). Adiante, traremos o conceito de zonas erógenas como

aparelhos subordinados e sucedâneos dos genitais.

Ainda sobre os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1980), Freud assinala que a vida sexual infantil é essencialmente autoerótica (encontra seu objeto no próprio corpo) e que “seus instintos parciais se empenham na obtenção do prazer, em geral, sem conexão entre si e de forma independente” (p. 107). Ao afirmar que as crianças obtêm prazer com determinadas atividades cotidianas ligadas ao corpo, como a sucção, a defecação e a masturbação, Freud toma como fundamento da sexualidade infantil a disposição perverso (o prazer é fundamental e não a reprodução) polimorfa (variedade dos objetos da pulsão). Dessa forma, não sendo seus fins necessariamente os da procriação e porque seu objeto admite várias e inúmeras variações.

Portanto, o corpo da criança é tomado por pulsões parciais autoeróticas, que são pulsões sexuais fragmentadas e independentes entre si no que diz respeito à busca pela satisfação. A obtenção de prazer é encontrada no próprio corpo e não em um objeto externo. Em suma, o auto-erotismo designa “o extrato sexual mais primitivo, agindo com independência de qualquer fim psicossexual e exigindo somente sensações locais de satisfação” (Freud, 1895/1980, p. 377). Nesse período, o bebê não possui a percepção da unidade do corpo, isso é decorrente da imaturidade do sistema nervoso que faz com que a criança, fantasisticamente se veja como um corpo despedaçado (Quinet, 2012).

Entre o auto-erotismo e o amor objetal existe um estágio intermediário que Freud denomina de narcisismo primário. Na obra – *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914/1980) – ele articula o conceito psicanalítico do narcisismo na esteira do desenvolvimento infantil e dos investimentos libidinais. O termo seria “para designar a conduta em que o indivíduo trata o próprio corpo como se este fosse o de um objeto sexual, isto é, olha-o, toca nele e o acaricia com prazer sexual, até atingir plena satisfação mediante esses atos” (p. 10). Assim, seria encarado como uma etapa no “curso regular do desenvolvimento sexual humano” (p. 89).

Resumindo, Garcia-Roza (2009) aponta que seriam modos distintos de funcionamento libidinal que no curso sexual regular seriam sucessivos, com auto-erotismo primeiro, seguido do narcisismo, finalizando com o amor objetal.

Ainda na mesma obra, Freud afirma que é esta ação psíquica que inaugura o processo de formação do Eu e a partir desse primeiro esboço a pulsão que era dirigida para os órgãos passa a ser investida no Eu. Assim, quando o investimento em si mesmo atingir um limiar excedente à capacidade de contenção do aparelho psíquico, o Eu passa a investir em objetos. No entanto, mesmo com o investimento em objetos, Freud (1914/1980) considera que o narcisismo infantil nunca é completamente abandonado. Na verdade, ele é deslocado para as instâncias ideais do Eu, que passam a substituí-lo e, assim, garantir que satisfações narcísicas ainda encontrem lugar.

O que funda o narcisismo primário é a projeção sobre a criança de uma imagem idealizada, que a situa como de posse de todos os atributos de perfeição e valor. Trata-se do Eu ideal. Tal imagem é formada no olhar dos pais pela revivescência de seu próprio narcisismo, abandonado no decorrer de seu desenvolvimento sob a ação das exigências da realidade:

Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições que um observador neutro nelas não encontraria – e a ocultar e esquecer todos os defeitos, algo que se relaciona, aliás, com a negação da sexualidade infantil. Mas também se verifica a tendência a suspender, face à criança, todas as conquistas culturais que o seu próprio narcisismo foi obrigado a reconhecer, e a nela renovar as exigências de privilégios há muito renunciados. As coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, ela não deve estar sujeita às necessidades que reconhecemos como dominantes na vida ... *His Majesty the Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos. Ela deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou

herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a mãe. No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acossada pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança. O amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora (Freud, 1914/1980, p. 25).

Ainda neste capítulo, veremos Lacan (1953-54/2009) articular o que chamou de Estádio do Espelho, não como uma fase do desenvolvimento, mas como uma operação psíquica em que o bebê reconhece jubilatoriamente a imagem que lhe é proposta, mediante a confirmação do Outro. Seria esta a “nova ação psíquica” (Freud, 1914/1980, p. 99), aplicada ao autoerotismo, a responsável pela constituição do Eu e, concomitantemente, pela apreensão da unidade corporal. Antes, porém, será necessário compreender como Freud chega à segunda dualidade pulsional:

É como se houvesse um ritmo alternante na vida dos organismos: um grupo de pulsões precipitase à frente, a fim de alcançar o mais breve possível o objetivo final da vida; o outro grupo, após chegar a um determinado trecho desse caminho, apressa-se a voltar para trás, a fim de retomar esse mesmo percurso a partir de um certo ponto e assim prolongar a duração do trajeto (Freud, 1920/1996, p. 164).

A possibilidade de representação e de constituição do eu só é possível por meio da frustração, ou seja, a representação do objeto só é possível a partir de sua perda. Não só porque o objeto da realidade é reflexo de uma fantasia de objeto que o pré-existe, mas além disso, que é a perda do objeto que possibilita a representação e a criação da fantasia. Portanto, para além da positividade da teoria representacional, é a negatividade que se coloca como sua condição de possibilidade.

Pulsões de Morte, dirá Freud (1920/1996), “originam-se de uma vivificação da

matéria inanimada e visam restaurar de novo o estado inanimado” (p. 166), enquanto são consideradas Pulsões Sexuais, ou de Vida, o grupo de pulsões que impele para a continuidade da vida, a procriação, particularmente suscetíveis às forças externas, embora também busquem o retorno a um estado arcaico da substância viva.

O jogo do *Fort-Da* constitui um segundo exemplo da compulsão à repetição, que pode ser esquematizada nos seguintes aspectos: (1) inversão da passividade pela atividade; (2) expressão de pulsão de domínio; (3) impulso suprimido de vingança contra a mãe; (4) diferenciação da mãe, que envolve tanto uma aceitação quanto uma denegação de sua ausência, cujo produto – a brincadeira – é um símbolo da unidade perdida entre mãe e bebê, de tal forma que “a negação da realidade pela imaginação torna a realidade suportável” (Freud, 1920/1996, p. 47). Assim, no processo de constituição originária do Eu há não apenas uma identificação em termos positivos – uma analogia entre eu e ideal de eu, por exemplo – mas também uma identificação que é marcada pela negatividade. Ou seja, na identificação primária em jogo na experiência de desamparo do bebê, o que se observa é uma dinâmica paradoxal entre recordação e falta, em que o reconhecimento é dado por intermédio de uma separação.

Assim, o trabalho da pulsão de morte teria como objetivo a descarga, a falta do novo, a falta de vida, ou seja, a morte. Então, o organismo não teria em sua base constitucional o desejo pela mudança, pois estaria fadado a buscar sempre estados anteriores. A tendência do organismo à mudança e ao progresso seria, portanto, uma aparência enganadora. A verdade é que o organismo estaria apenas a buscar um objetivo antigo por caminhos novos, isto é, por conta da pressão de forças perturbadoras externas, o organismo precisaria fazer um “détour” da função conservadora para lograr a meta final de conservação de estados antigos, aí é nesse “détour” que se encontra o desenvolvimento. Como diria Freud (1920/1996): “Esses tortuosos caminhos para a morte, fielmente seguidos pelos instintos de conservação, nos

apresentariam hoje, portanto, o quadro dos fenômenos da vida” (p. 49).

Voltando às nossas investigações sobre o desenvolvimento libidinal, Freud marca a organização sexual da criança a partir de fases da organização da libido. As pré-genitais são assim nomeadas pois as zonas genitais ainda não assumiram o papel predominante: fase oral/canibalesca e fase sádico-anal. As demais são as fases fálica e genital que evolui para a vida sexual do adulto. Segundo Freud (1905/1980), as fases da organização libidinal se superpõem umas às outras, não havendo este caráter de superação da fase anterior para se ascender a um estágio mais evolutivo.

A boca media o contato do bebê com o Outro e com os outros e se apresenta como zona erógena recortada pelo desejo e investimento da mãe. O lactente apresenta a primeira manifestação sexual no ato de chupar, ou seja, sugar com deleite de maneira rítmica, com os lábios e a boca sem a finalidade de nutrição. As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação, estava ligada à satisfação de saciedade do alimento, expandindo-se e tornando independente posteriormente. A meta sexual consiste na incorporação do objeto. Outros objetos como parte do próprio lábio, língua e dedos podem ser tomados como objetos de succção. O objeto é posteriormente abandonado, pois a figura materna não está inteiramente à disposição, o que faz com que o bebê substitua a succção do seio/mamadeira pela succção do próprio corpo.

O chupar dedo, com um clássico exemplo, é um contato repetido e ritmado, no qual a criança revive algum prazer que já foi experimentado e que ela busca, então, renovar. Existência da atividade sexual que se desliga de toda a finalidade autopreservativa e que se volta para um objeto do próprio corpo. Assim, Freud (1905/1980) denomina de desejo aquilo que é assimilado a um impulso psíquico, que procura investir a imagem mnêmica do objeto, constituída a partir das experiências primeiras de satisfação do bebê ao sugar. Seria, portanto, no campo das lembranças da experiência mítica que está a atividade autoerótica infantil.

Fernandes (2000) aponta que o sugar sensual descrito por Freud só pode se estruturar apoiado na relação erótica outro-bebê. “É na medida em que a criança se vive como objeto de investimento libidinal de um outro que o calor do leite, a voz materna, os movimentos de embalar do corpo se convertem em marcas de prazer a serem recuperadas no auto-erotismo” (p. 75).

O bebê não percebe um dentro e um fora, ele não tem a noção da mãe como um todo (Freud, 1915/1996, p. 158). Na medida em que os objetos externos oferecidos sejam fontes de prazer, eles são recolhidos pelo Eu, que os introjeta em si, e, inversamente, tudo aquilo que em seu próprio interior seja motivo de desprazer o Eu expelle de si. É por esse motivo que se diz que no narcisismo primário tem-se um Eu purificado ou Eu do prazer e isso é fruto da incorporação do objeto que lhe causa satisfação que é do mundo externo. É a incorporação do objeto que vai desenvolvendo o Eu (Freud, 1915/1996).

Diferentemente da fase oral em que a primazia é do sujeito de ser nutrido pelo Outro, na fase anal é o sujeito que se encontra sujeitado à demanda do Outro. Mais do que a aquisição do controle esfíncteriano em si, o que se introduz para a criança quando passa a ser solicitada pela mãe a evacuar nesse ou naquele momento é a demanda do Outro. Conforme apontado por Freud, as fezes se constituem como dádiva, como um objeto precioso da criança que ela pode dar para alguém (Freud, 1905/1980).

Nessa fase, o objeto são as fezes, que não possuem um caráter repugante e são consideradas como moedas de troca com o cuidador, a partir do controle esfíncteriano. É a arte de reter e expulsar no/do corpo. É estar de posse do controle de seu corpo o que lhe assegura uma independência, um controle que outrora não possuía. “No estágio da organização pré-genital sádico anal não se pode ainda falar de masculino e feminino, prevalece a oposição de ativo e passivo” (Freud, 1905/1980, p. 108). A atividade é produzida pelo instinto de apoderamento, através da musculatura do corpo, e é sobretudo a mucosa

intestinal erógena que se apresenta como órgão, com meta sexual passiva.

Os excrementos são valiosos e tomados como parte do corpo da criança, como um primeiro presente, algo de uma “fabricação própria” ou mesmo uma extensão de seu corpo. Dessa forma, são embutidos de um valor simbólico ao presentar o cuidador ao soltar as fezes e também na associação à atividade a retenção da massa fecal, a princípio intencionalmente praticada para tirar proveito de estimulação como que masturbatória da zona anal, ou para ser empregada na relação com as pessoas que cuidam da criança, é, alias, uma das raízes da constipação tão frequente nos neuropatas (Freud, 1905/1996). Com a aquisição do controle esfíncteriano a criança experimenta pela primeira vez, o sentimento de propriedade em relação aos seus excrementos, enquanto objeto de troca, se vendo agora imbuída, ela própria, do poder de atender ou não às demandas da mãe.

“Na defecação o bebê tem que decidir, pela primeira vez, entre a atitude narcísica e a de amor ao objeto. Ou ele entrega docilmente o cocô, sacrifica-o ao amor, ou retém para a satisfação autoerótica” (Freud, 1905/1996, p. 258). Para o autor, o que leva a criança a renunciar a esse objeto e, consequentemente, à satisfação proporcionada por ele, é o amor ao objeto.

Avançando nas fases, encontramos a fálica, no qual se destaca o Complexo de Édipo como um momento organizador do desenvolvimento sexual infantil, e a região genital com importância central. O complexo de Édipo é a “experiência central dos anos da infância, o maior problema do início da vida e a fonte mais intensa de inadequação posterior” (Freud, 1940/1996, p. 205).

No Artigo *A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade*, Freud (1923/1996), aponta que a principal característica dessa “organização genital infantil” consiste no fato de que, para ambos os sexos, apenas um genital, o masculino, entra em consideração. Não há, portanto, uma primazia genital, mas uma primazia do falo ou premissa

fálica. Assim, as crianças estão centradas em torno do falo, como sendo um objeto investido pela libido.

Somado à existência de uma sexualidade infantil, estão as teorias sexuais infantis baseadas na premissa fálica. A primeira dessas teorias sexuais deriva do desconhecimento das diferenças entre os sexos como uma característica infantil e consiste em atribuir a todos, inclusive às mulheres, a posse de um pênis, tal como o menino sabe a partir de seu próprio corpo. Segundo Freud, em *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908/1976), o pênis, como principal zona erógena, é o “mais importante objeto sexual auto-erótico. O alto valor que o menino lhe concede reflete-se naturalmente em sua incapacidade de imaginar uma pessoa semelhante a ele que seja desprovida desse constituinte essencial” (1908/1976, p. 219).

A ânsia por conhecimento parece ser inseparável da curiosidade sexual. Quando o menino inicia as suas pesquisas sexuais, tem a convicção de que não só os humanos possuem pênis, mas também os animais e objetos inanimados. Em uma nota de rodapé do texto *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (O pequeno Hans)*, Freud (1909/1980) assinala que o menino faz uma indução meticulosa ao chegar à proposição geral de que todo objeto animado, possui um pipi: “A locomotiva está fazendo pipi. Mas onde está o pipi dela? [...]. Um cachorro e um cavalo têm pipi; a mesa e a cadeira, não” (Freud, 1909/1980, p. 18).

Hans olhando a irmãzinha de três meses, no banho, disse: “Mas o pipi dela ainda é bem pequenininho [...]. Quando ela crescer, ele vai ficar bem maior” (Freud, 1909/1980, p. 20).

A ignorância da vagina também permite às crianças acreditar na segunda de suas teorias sexuais. Se o bebê se desenvolve no corpo da mãe, sendo então retirado, isto só pode acontecer através de um único caminho: a passagem anal. O bebê precisa ser expelido como excremento, numa evacuação, não estando ainda tão distanciada de suas inclinações coprófilas constitucionais.

A terceira das teorias sexuais surge nas crianças quando testemunham accidentalmente uma relação sexual entre os pais. Sua percepção dos acontecimentos é fatalmente muito incompleta e a criança chega sempre à mesma conclusão, adotando o que se poderia chamar de uma concepção sádica do coito. Ela o encara como um ato imposto violentamente pelo participante mais forte ao mais fraco.

À medida que as pesquisas dos meninos avançam, descobrem que o pênis não é um bem comum a todos os seres semelhantes a ele. Corroborando tal fato, aos quatro anos e meio Hans viu a irmã novamente no banho e começou a rir, dizendo que o pipi dela era muito bonito. Freud (1909/1980) pontua que a criança queria dizer na verdade que o pipi era engraçado. Dessa forma, foi a primeira vez em que Hans reconheceu a diferença entre os genitais masculinos e femininos, em vez de negar sua existência.

Entretanto, as crianças geralmente recusam essa diferença, acreditando que o pênis ainda crescerá e aos poucos chegam à conclusão emocionalmente significativa de que no mínimo ele estava presente e depois foi extirpado. A ausência de pênis é vista como resultado de uma castração, e o menino se acha ante a tarefa de lidar com a castração em relação a ele próprio. No estágio da organização genital infantil que então se segue há masculino, mas não feminino; a oposição é: genital masculino ou castrado:

Mas não devemos crer que o menino prontamente generaliza a sua observação de que várias pessoas do sexo feminino não possuem pênis. Já é um obstáculo para isto a sua suposição de que a ausência de pênis na mulher seria uma consequência do castigo da castração. Pelo contrário, o menino acha que apenas mulheres indignas, provavelmente culpadas de impulsos proibidos como os dele, teriam perdido o genital. Mulheres respeitadas, como sua mãe, conservam o pênis por muito tempo. Ainda não há nexo, para o garoto, entre ser mulher e a ausência de pênis. Somente depois, quando ele aborda os problemas da origem e do nascimento das crianças e

descobre que apenas mulheres podem ter filhos, a mãe também perde o pênis, e são construídas às vezes complicadas teorias para explicar a troca do pênis por uma criança (Freud, 1924/1996, p. 54).

A partir da visão do órgão genital feminino, a criança re-significa as ameaças anteriores estabelecendo assim, o complexo de castração. “Mais cedo ou mais tarde a criança, que tanto orgulho tem da posse de um pênis, tem uma visão da região genital de uma menina e não pode deixar de convencer-se da ausência de um pênis numa criatura assim semelhante a ela própria. Com isso, a perda de seu próprio pênis fica imaginável...” (Freud, 1924/1996, p. 195).

Ainda que Freud já houvesse apresentado a temática da castração anteriormente, é no texto *A dissolução do Complexo de Édipo* (Freud, 1924/1996) que a vinculação entre o complexo de Édipo e o complexo de castração se torna mais clara.

O complexo de castração põe a criança na evidência da falta, o que para ela tem presença, mas há também ausência, um novo par, uma dialética até então inexistente. Na premissa fálica o pênis equivalia à presença, mas a partir da instauração do complexo de castração, a criança concebe a ideia de que um pênis é algo que pode faltar. O posicionamento da criança diante dessa confrontação, indica a saída do complexo de Édipo (Faria, 2023).

“Se a satisfação amorosa no terreno do complexo de Édipo deve custar o pênis, tem de haver um conflito entre o interesse narcísico nessa parte do corpo e o investimento libidinal dos objetos parentais. Nesse conflito vence normalmente a primeira dessas forças; o Eu da criança se afasta do complexo de Édipo” (Freud, 1924/1996, p. 186).

Nessa solução, os investimentos objetais são abandonados e substituídos pela identificação. A autoridade do pai ou dos pais, introjetada no Eu, tem como consequência a formação do superego, que toma ao pai a severidade, perpetua a sua proibição do incesto e

assim garante o Eu contra o retorno do investimento libidinal de objeto:

As tendências libidinais próprias do complexo de Édipo são dessexualizadas e sublimadas em parte, o que provavelmente ocorre em toda transformação em identificação, e em parte inibidas na meta e mudadas em impulsos ternos. Todo o processo, por um lado, salvou o genital, afastou dele o perigo da perda, e, por outro lado, paralisou-o, suspendeu sua função. Com ele tem início o período de latência, que interrompe o desenvolvimento sexual da criança (Freud, 1924/1996, p. 187).

Para a menina, a operação é um pouco diferente: ela vê a presença do pênis como superior contrapartida de seu próprio órgão pequeno e oculto e passa a ter inveja do órgão masculino. É assim tomada a decisão: ela vê, sabe que não tem e quer ter. Como equivalente simbólico, ter um bebê passa a ser seu objetivo (Freud, 1925/1976). O autor afirma:

A renúncia ao pênis não é tolerada sem uma tentativa de compensação. A garota passa – ao longo de uma equação simbólica, poderíamos dizer – do pênis ao bebê, seu complexo de Édipo culmina no desejo, longamente mantido, de receber do pai um filho como presente, de lhe gerar um filho. Temos a impressão de que o complexo de Édipo vai sendo aos poucos abandonado porque tal desejo não se realiza. Os dois desejos, de ter um pênis e um filho, permanecem fortemente investidos no inconsciente, e ajudam a preparar o ser feminino para o seu futuro papel sexual (Freud, 1924/1996, p. 198).

Na menina, a entrada no complexo de Édipo seria secundária ao Complexo de Castração, cujos efeitos o precedem e o preparam. A inveja do pênis e a revolta contra a mãe, que não lhe deu o órgão sexual, criam na menina um afastamento desta, que também foi seu primeiro objeto amoroso, e uma aproximação do pai na tentativa de ter um filho dele, como equivalente ao pênis (falo). A dissolução do Complexo de Édipo implicará no abandono dos investimentos objetais e na substituição pela identificação.

Avançando na organização da libido, encontramos o período de latência que é um momento intermediário entre as etapas infantis e a etapa adulta, caracterizado pela fase genital. A palavra latência significa o estado daquilo que é latente, que, por sua vez, significa algo que não se vê, que está oculto, ou ainda, que está subentendido, dissimulado.

De acordo com Freud (1924/1996), o que propicia a latência é a dissolução do complexo de Édipo, precipitada, no final da primeira infância, pelos efeitos de sua impossibilidade e pelo medo da castração:

As tendências libidinais pertencentes ao complexo de Édipo são em parte dessexualizadas e sublimadas (coisa que provavelmente acontece com toda transformação em uma identificação) e em parte são inibidas em seu objetivo e transformadas em impulsos de afeição. Todo o processo, por um lado, preservou o órgão genital – afastou o perigo de sua perda – e, por outro, paralisou-o – removeu sua função. Esse processo introduz o período de latência, que agora interrompe o desenvolvimento sexual da criança (Freud, 1924/1996, p. 196).

Para Freud (1905/1980), no período da latência, a pulsão sexual é desviada para outras finalidades, tais como a construção de aspirações estéticas e morais e a aquisição de conhecimento. A libido não está em suspensão, apenas não está canalizada para a sexualidade ou zonas erógenas específicas. Ela está sublimada para atividades sociais ou intelectuais. A energia libidinal é investida em algo que não está no próprio corpo, e pode-se afirmar que a libido sexual passa por certo adormecimento/hibernação em prol de outros investimentos da cultura e a noção de pertencimento com os grupos.

Num primeiro momento, premidos pela formação reativa decorrente do Édipo, meninos e meninas se separam em grupos unissexuados. Identificam-se com os seus semelhantes de acordo com a resolução edípica. Num segundo momento, os grupos já são divididos segundo algumas características comuns, ou seja, este é um primeiro suporte

identificações maciças que caracterizarão as filiações grupais dos adolescentes na luta pela aquisição da identidade.

Nesse período, destacamos também um supereu em construção. Sobre o supereu, Freud (1923/1996) sublinha que não é simplesmente um resíduo das primitivas escolhas objetais do Isto, mas também uma formação reativa enérgica contra tais escolhas, demarcando seu caráter imperativo e feroz:

No caso normal – melhor dizendo: ideal – não subsiste mais um complexo de Édipo no inconsciente, o Super-eu é o seu herdeiro. Como o pênis – segundo Ferenczi – deve seu investimento narcísico excepcionalmente elevado à sua importância para a propagação da espécie, a catástrofe do complexo de Édipo – o abandono do incesto, a instauração de consciência e moralidade – pode ser vista como um triunfo da geração sobre o indivíduo (Freud 1925/1976, p. 297).

Ao mesmo tempo em que a sublimação opera no fomento da assimilação de saberes transmissíveis – o que Freud relaciona à pulsão de saber, calcada na curiosidade sexual –, a fantasia se fortalece no plano inconsciente (Freud, 1915/1996).

Finalizando a organização libidinal, tem-se a fase genital e a consolidação da vida sexual adulta. Se antes, a pulsão sexual partia de diversas zonas erógenas, independentes entre si, ou seja, eram pulsões parciais, agora elas se reúnem sob o domínio da zona genital. Conjugadas, as pulsões parciais se dirigem a um objeto sexual externo:

O instinto sexual, que era predominantemente autoerótico, encontra agora um objeto sexual. Ele operava a partir de diferentes instintos e zonas erógenas, que buscavam, cada qual de forma independente, determinado prazer como única meta sexual. Agora ele recebe uma nova meta sexual e todos os instintos parciais cooperam para alcançá-la, enquanto as zonas erógenas se subordinam ao primado da zona genital (Freud, 1905/1980, p. 121).

O autor prossegue e afirma que a pulsão sexual passa a ficar subordinada à função reprodutora e “efetua-se, do lado psíquico, a descoberta do objeto, que já era preparada desde a primeira infância” (Freud, 1905/1980, p. 142). Esta seria uma atualização do primeiro objeto com o qual o bebê se depara: o seio materno. Ele relembra que o seio é um objeto externo que, com o autoerotismo, dá lugar ao corpo próprio da criança em sua busca de satisfação. Na puberdade, mais uma vez o sujeito se volta para um objeto “fora do corpo”, o que leva o autor a afirmar que “a descoberta do objeto é, na verdade, uma redescoberta” (Freud, 1905/1980, p. 143).

1.4 - Constituição psíquica em Lacan

Lacan tem uma concepção subversiva de sujeito e a sua constituição depende do lugar que a criança vai ocupar em uma estrutura pré-existente e determinante de uma posição, “a linguagem com sua estrutura preexiste à entrada que nela faz cada sujeito a um dado momento de seu funcionamento mental” (Lacan, 1957/1998, p. 225).

O campo do Outro é onde está situada a linguagem, e o Outro é o “[...] lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (Lacan, 1990, pp.193-194). Bleichmar (1984) esclarece que o termo usado por Lacan “Outro” com maiuscula, está no sentido de lugar do qual advém o código, ou seja, as palavras, a linguagem, pois é por meio dela que as necessidades da criança são identificadas pela mãe na relação primordial e são atendidas antes que este ser possa vir a falar ou nomeá-las. Há, contudo, também a utilização de outro com inicial minúscula, para expressar “outro imaginário”, o semelhante, com o qual posteriormente a criança poderá representar sua unidade corporal por sua identificação à imagem de si feita pelo outro.

Mesmo sendo um outro (semelhante), o agente materno cumpre a função de Outro, fazendo um endereçamento, acolhimento, marcando um desejo e apresentando um mundo simbólico. Lacan (1964) esclarece:

O Outro é o lugar em que situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. E é do lado desse vivo, chamado subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão (p. 194).

Todos esses acontecimentos que marcam a constituição psíquica envolvem três dimensões: o real, o imaginário e o simbólico. O real tem relação com aquilo que é da ordem do impossível, do não representável, aquilo que não cessa de não se escrever; o imaginário tem relação com as imagens, com a dimensão enganosa do sujeito e o simbólico com a linguagem, com as leis que regem o inconsciente. A linguagem é o que constitui de fato o universo simbólico. Ela existe antes do sujeito e não a partir dele (Levin, 1995).

Esses registros estão relacionados com o circuito do desejo do sujeito, ou seja, o tipo de relação que o sujeito tem com o seu desejo, como ele se posiciona diante dele (Garcia-Roza, 2009). Para que se tenha um sujeito é necessário que os três aros sejam “amarrados” e façam um nó chamado borromeu. O que faz essa amarração é o que se denomina de Nome-do-Pai, uma lei simbólica que funda a falta, funda o inconsciente (Jorge & Ferreira, 2005).

Vorcaro (1999) sintetiza esses conceitos ao afirmar que a intervenção psicanalítica se faz pela linguagem que opera no real por meio do imaginário para se alcançar o simbólico, articulando esses registros, tentando localizar a criança na temporalidade de sua estruturação: é disso que trata a psicanálise.

Posto isto, esta subseção tem o objetivo de demonstrar a constituição do sujeito segundo a psicanálise lacaniana, discorrendo primeiramente sobre o processo de alienação,

contemplando dentro dele o Estádio do Espelho, a relação com o outro semelhante e a formação do registro imaginário; posteriormente, será abordado o processo de separação, explanando sobre o que se denomina de os três tempos do Édipo, a relação com o grande Outro e o registro simbólico. Salienta-se que os processos os quais serão discorridos serão separados para fins meramente didáticos, mas não são "fases" estáticas, e mostra a oscilação permanente que se verifica no analisante entre alienação e separação, como uma alternância sempre renovada.

Segundo a formulação de Lacan (1960/1998), a alienação é própria do sujeito; ele nasce por ação da linguagem. O lugar de Outro, que a mãe ocupa neste momento, oferece significantes, através da fala. O sujeito se submete a um dentre os vários significantes que lhe são oferecidos pela mãe como o Outro encarnado numa presença, num personagem humano que possibilita que se dêem tais operações constituintes do sujeito.

O grito do nascimento é escutado como apelo. Nesse ato fundador o bebê é promovido ao estatuto de sujeito falante. Posteriormente o bebê se apropria dos significantes que sua mãe lhe devolve. Assim, Lacan introduz a dialética da demanda e do desejo, uma vez que o choro é tomado pelo cuidador como um apelo e respondido com um “a-mais” e o bebê deixa seu estatuto de ser de necessidade para se transformar em ser de desejo. “Esse mais-prazer pode ser o cheiro, a voz, o olhar do outro materno. Pouco importa, o que conta é a presença desse pequeno mais” (Couvert, 2020, p. 79).

A tarefa de simbolização demanda do cuidador a presença de uma particularidade: seu desejo pela criança. Desejo que se expressa nas palavras, no olhar, no toque, marcando e recortando o corpo do *infans*, convidando-o a perceber o mundo e a manifestar – se enquanto olhar, balbuciar, gritar, chorar. Esse contexto oportuniza o desencadeamento do transitivismo entre a mãe e a criança, por intermédio da linguagem. A relação transitivista entre os dois é primordial e se inicia antes do nascimento do bebê. Durante a gestação, o transitivismo se

sustenta nas experiências corporais da mãe intimamente associadas ao corpo do futuro recém-nascido. Nesse momento, o diálogo e o lugar de um sujeito se precipitam antes do nascimento biológico; a mãe passa a supor demandas no filho. “Desse modo, ela verbaliza e dá sentido ao que não são, propriamente falando, senão movimentos corporais, motores, intrauterinos de seu filho; ao que não é, por consequência, senão o que experienciou em seu próprio corpo” (Balbo & Bergès, 2002, p. 144).

Ademais, os autores conceituam o transitivismo como um discurso. É nesse discurso que “[...] a identificação se produz, se reconhece, se supõe” (Balbo e Bergès, 2002, p. 147), que, por sua vez, concede ao *infans* a chave de acesso ao mundo simbólico, através do imaginário, como uma saída do real. Assim, o processo que a mãe introduz ao se dirigir ao filho ultrapassa o que ela experimenta e demonstra. Ao supor um saber mesmo no feto, o que lhe retorna é uma demanda: “[...] demanda que supõe ser a de uma identificação de seu filho com o discurso que ela lhe dirige” (Balbo & Bergès, 2002, p. 10).

Ainda dentro do tema alienação, Lacan (1973/1988) em *O Seminário II* traz a seguinte encruzilhada: “A bolsa ou a vida!” (p. 207). Supõe-se que alguém force o sujeito a escolher entre a bolsa e a vida. Se escolhe a bolsa, perde as duas. Se escolhe a vida, tem a vida sem a bolsa, isto é, uma vida decepada.

Em termos da constituição do sujeito, a alienação consiste no fato dessa escolha forçada. O sentido emerge no campo do Outro. Por isto, ocorre o desaparecimento do ser, que é eclipsado numa grande parte de seu campo devido à própria função do significante. Ou o bebê toma esse lugar que já lhe atribuíram ou ele não tem lugar algum e fica em desamparo.

É nesse assujeitamento da criança que a mãe é vista como onipotente. O Outro é todo-poderoso porque é dele que depende a satisfação da criança. O bebê se esforça para preencher toda a falta da mãe, seu espaço total de desejo; o filho deseja ser tudo para a mãe. As crianças se atribuem a tarefa de escavação do lugar do desejo da mãe, correspondendo a

cada capricho e fantasia. “O desejo da mãe é uma ordem para elas, é a demanda delas” (Fink, 1998, p. 77). Faria complementa:

O fato de ocupar privilegiadamente o lugar de falo para a mãe, introduz a criança num curto-circuito no qual a identificação fálica é, de um lado, o que lhe dá condições de fazer a passagem de um corpo despedaçado a uma unidade do eu; mas, de outro, é também o que mantém a criança em completo assujeitamento diante da onipotência do Outro (Faria, 2023, p. 60).

No *Seminário 4*, Lacan denomina essa onipotência de *dom materno*, no qual a criança pode interpretar a sua satisfação como o dom materno e a ausência desta como a recusa do dom. O autor afirma: “para agradar à mãe (...) é necessário e suficiente ser o falo” (Lacan, 1956-57/1995, p. 198). Nesse sentido, a criança é o falo em uma ilusão de dualidade, assim, é com base nessa alienação, nesse desconhecimento, que a criança ocupa, no primeiro tempo do Édipo, a posição de falo materno. Dessa forma, esse percurso o objeto adquire seu estatuto simbólico.

Assim, a criança se faz falo da mãe, na tentativa de garantir a oferta de objetos de satisfação. Este é um jogo de engodo, em que a criança obtura a primeira brecha que vislumbra porque lê que é a partir dessa brecha, do que não há, do que é falta na mãe, que o agente da função materna se lança em direções nem sempre coincidentes às relativas à sua própria satisfação. Trata-se de uma questão de sobrevivência: afinal para a criança a presença da mãe está diretamente vinculada à sua satisfação. Identificando-se ao falo, a criança restitui à mãe, mantendo-a completa, ainda que ao preço de se manter alienada a ela.

Para Lacan, o dom está relacionado à satisfação que o Outro materno dá ou recusa. Sendo a mãe um Outro onipotente, a criança só pode interpretar a satisfação como o dom materno e a ausência de satisfação como a recusa do dom.

A essa dialética do dom, Lacan articula a noção da falta do objeto como frustração.

“A frustração está na base de toda relação mãe-criança, na medida em que o objeto da frustração é menos que o objeto que o dom” (Lacan, 1956-57/1995, p. 101).

A frustração nos leva a outro plano de inscrição da falta onde o que se coloca como pano de fundo é a operação de um dano imaginário. Lacan (1956-57/1995) introduz esta noção – a de dano imaginário – para referir-se a uma mudança no estatuto do objeto suposto existir que passa a categoria de objeto reinvindicado. “A frustração é, por essência, o domínio da reinvindicação” (p. 36) e refere-se, portanto, à suposição de um dom. Quando se introduz uma interrupção no encontro mãe-bebê, a mãe, até então apresentada como matriz simbólica, passa também a se apresentar como real. Os objetos que a mãe oferece à criança, nesse momento são tomados como objetos reais, passam a configurar objetos portadores de dons simbólicos, que podem ou não ser oferecidos à criança. Poder-se-ia dizer que o que está em jogo nesta dialética é a suposição de que aquele que poderia ofertar algo - o objeto em questão – não o faz, isto é, sinto-me privado de algo por um outro a quem eu suponho a potência de dar-me o que busco: ele poderia me dar.... O outro aparece neste plano como portador de um objeto dom. A frustração se delineia em torno desta suposição do dom. Os objetos de dom são os objetos símbolo do amor, que ganham terreno quando o objeto da necessidade é tomado pela via simbólica, implicando aí, no eixo pulsional, todo circuito das trocas e, no espectro do significante, as possibilidades de substituição do objeto propriamente dito.

Neste evento, o agente causador é a mãe por meio da presença-ausência: “A frustração é por si mesma o domínio das exigências desenfreadas e sem lei. O centro da noção de frustração, na medida em que esta é uma das categorias da falta, é um dano imaginário. É no plano imaginário que ela se situa” (Lacan, 1956-57/1995, p. 36).

Assim, é a partir da alienação no Outro materno, como espelho, que o primeiro tempo do Édipo está indissociável ao Estádio do Espelho. Este é como o primeiro esboço do Eu, que

se forma “a partir da idade de seis meses [...] [e], se conserva para nós, até dezoito meses de idade” (Lacan, 1949/1998, p. 97). A partir desse período, a criança inicia seu processo de reconhecimento, não apenas de seu próprio [eu], mas de alguns elementos da estrutura que a circunda. Essa operação psíquica é responsável pela montagem da imagem corporal e pela construção das instâncias identificatórias “eu ideal” e “ideal de eu”.

O Estádio do Espelho em Lacan está ligado ao registro do imaginário que se funda no processo de alienação ao outro semelhante. É nesse outro que a criança pode se reconhecer: “o estádio do espelho é o encontro do sujeito com aquilo que é propriamente uma realidade e, ao mesmo tempo, não o é, ou seja, como uma imagem virtual, que desempenha um papel decisivo numa cristalização do sujeito” (Lacan, 1957-58/1999, p. 233). Conforme enfatizou o autor (1949/1998), o estádio do espelho é uma experiência ontológica que marca os primeiros tempos da constituição psíquica, manifestação da própria matriz simbólica, em que se estabelece a dialética das identificações (primárias, na identificação com a imago do próprio corpo; e secundárias, na identificação com o eu ideal) e a relação com a realidade circundando a criança.

Anteriormente a este estágio, a criança se percebe como fragmentada, uma indiferenciação em relação ao corpo do Outro primordial. A unificação da imagem se dá perante o reconhecimento da própria imagem, que é confirmada por um outro. É nessa experiência de identificação da imagem corporal no espelho que o bebê jubila ao se reconhecer “esse sou eu”. É o olhar do outro que confirma a sua existência, que sustenta a experiência. A criança “jubila” ao ter a sensação do domínio do corpo. O narcisismo primário representa a onipotência dada pela sensação de domínio do corpo e pela manutenção desse estado devido o investimento narcísico dos pais no bebê. A forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo.

Garcia- Roza (1999) salienta que o Estádio do Espelho não se refere necessariamente

à experiência concreta da criança frente ao espelho. “O que a criança vê é um tipo de relação com seu semelhante. Essa experiência pode se dar tanto em face de um espelho, pela mãe ou pelo outro, mas no nível do Imaginário” (Garcia-Roza, 1999, pp. 212-213). O autor prossegue:

O que caracteriza esse modo dual de relação é, acima de tudo, a indistinção entre o si e o outro, e, se alguma individualidade surge nesse momento, ela é muito mais uma demarcação do próprio corpo do que uma individualidade em termos de sujeito. Esse corpo, é bom que nos lembremos, também não é um corpo biológico, natural, suporte do desejo, mas, ao contrário, um corpo imaginário, formado pelas inscrições maternas. Ser o desejo do desejo do outro é o que caracteriza a criança nesse início de vida (Garcia-Roza, 2009, p. 215).

Enfim, nesse primeiro tempo edipiano, na visão da criança, tudo se passa *como se* não houvesse nada além da mãe. Entretanto, a mãe, enquanto um dos suportes da estrutura edípica, é um sujeito para o qual o pai já ocupa um lugar desde o início, e esse é um dado da maior importância. “Em primeiro lugar, a instância paterna se introduz de uma forma velada, ou que ainda não aparece” (Lacan, 1957-58/1999, p. 200). Nesse sentido, o valor que o Complexo de Édipo tem é o da transmissão de um nome, que se faz pelas vias do desejo materno.

Desse modo, a criança faz a passagem do primeiro para o segundo tempo do Édipo pela entrada do terceiro, do agente da função paterna, que faz a transmissão da proibição do incesto, situando a criança de seu acoplamento com o desejo materno:

[...] existe, em termos neutros, uma alternativa entre ser e não ser o falo”. Essa é a questão que o segundo tempo coloca”. Aos poucos o pai irá aparecer como um terceiro, a quem a mãe começa a se dirigir e fazer com que o filho, passe do “ser” o falo da mãe ao querer “ter” o falo para onde ela se dirige (Dor, 2011, p. 14).

O segundo momento do Édipo é onde ocorre a intensificação do registro simbólico e a entrada do pai como aquele que interdita, barra a mãe em relação ao filho. O pai priva ambos, criança da mãe e mãe da criança, e esta privação irá ocasionar a quebra do narcisismo primário pela Lei do Pai (Garcia-Roza, 2009).

Por mais que a castração materna já existia antes do nascimento do filho, o bebê não possui aparato de apreender isso no primeiro tempo, devido a sua posição de assujeitamento diante de um Outro fálico-onipotente. “Entendemos, dessa forma, que se trata dos efeitos da falta no Outro sobre a própria criança, e não de algo que se efetiva nesse sujeito que é a mãe” (Faria, 2023, p. 69).

O filho tem de saber que ele não é o objeto de desejo da mãe, que a mãe deseja o pai, e é a mãe quem deve demonstrar isso ao bebê, dizendo, mostrando, ou seja, por meio da linguagem. O pai assim reforça a frustração do primeiro tempo do Édipo (Jorge & Ferreira, 2005). Os autores complementam:

É fundamental que a mãe reconheça que está submetida à Lei do pai. Não é preciso a presença do pai como personagem. Uma mãe viúva, por exemplo, pode perfeitamente exercer a função do pai real. Basta que ela diga e de provas de que o objeto de seu desejo não é o filho, pois, por detrás dela existe uma mulher que não tem o falo e, justamente por isto, vai buscar em um homem, e não no filho, o que ela não tem (Jorge & Ferreira, 2005, p. 54).

Assim, a castração materna do segundo tempo adquire valor como tal para a criança. Trata-se dos efeitos da falta no Outro sobre a própria criança, e não de algo que se efetiva nesse sujeito que é a mãe. “É uma dupla incidência da castração, porque a percepção de que a mãe é castrada implica na percepção de que a criança não é o falo que supunha ser” (Faria, 2023, p. 70).

Lacan, no *Seminário 5*, situa uma hiância, uma falta entre a criança e a mãe, na

medida que a mãe possui algum outro objeto de interesse. Nesse ponto, é como se a criança se questionasse sobre seu lugar no desejo do Outro, o que o Outro quer dela? A resposta a essa questão aponta para a estruturação psíquica do sujeito. Isso significa que a criança não será mais o falo, o que indica que a mãe segue desejante e não plena, pois o desejo é sinônimo de falta, de castração.

Resumindo, enquanto no primeiro tempo a criança se relaciona com a mãe como pura presença, como um Outro fálico, no segundo tempo passa a ter que lidar com um Outro faltante, desejante. O Outro da separação não coincide com o Outro da alienação, porque esse Outro que encarna o desejo não é completo, é faltoso. A cuidadora (o) por mais que tenha uma grande dedicação ao bebê, não está completamente disponível para satisfazê-lo. A mãe, portanto, é faltosa.

Na separação, o sujeito é causado pelo desejo do Outro, se aliena nele e assume a posição de objeto do desejo do Outro. Assim, para adentrar a linguagem o sujeito precisa se alienar e precisa sair desse lugar de objeto. O sujeito não pode se desenvolver preso ao desejo do Outro, é necessário se separar do Outro para se constituir a partir de seu próprio desejo. A falta vivenciada confere operatividade à alienação/separação e permite que o pequeno sujeito desponte como falante.

O sujeito em psicanálise diz do sujeito do inconsciente, só existe sujeito se existir falta, é ela que funda o sujeito e ela só aparece se houver a separação desse Outro. É na separação que se funda o inconsciente, ocorre uma separação entre o Eu e o Sujeito. Sendo assim, o sujeito em psicanálise não se trata de um ser “de carne e osso” propriamente dito; o sujeito não “nasce”, ele se constitui por meio do campo da linguagem na relação com o Outro. É na relação com o outro que significantes vão sendo dados ao bebê e que ao se articularem vão gerando sentido (Elia, 2010).

A essa falta, Lacan a define como privação, realizando assim, a passagem da frustação

à privação. “A privação está no real, completamente fora do sujeito. Para que o sujeito apreenda a privação, é preciso inicialmente que ele simbolize o real” (Lacan, 1956-57, p. 55):

A noção de privação [...] implica a simbolização do objeto no real. Pois, no real, nada é privado de nada. Tudo que é real basta a si mesmo. Por definição o real é pleno. Se introduzimos no real a noção de privação, é na medida em que já o simbolizamos bastante, e mesmo plenamente. Indicar que alguma coisa não está ali é supor sua presença possível, isto é, introduzir no real, para recobri-lo e perfurá-lo, a simples ordem simbólica (Lacan, 1956-57/1995, p. 224).

Na privação, o agente da operação é o pai imaginário. A partir do momento em que há incidência desse pai, que interrompe o ritmo da alternância entre a mãe e a criança, a primeira, que até então se apresentava como uma matriz simbólica, passa a se apresentar também como real. Ela aparece munida de grande potência à qual a criança se submete, numa dependência aterrorizadora. Lacan usa a figura da mãe insaciável para dar a dimensão da voracidade de seu desejo.

É somente com a privação que o objeto vai delinear-se como algo que falta ao Outro e que, existindo para além da criança, constitui-se um enigma para ela. “Na privação, a falta só se comprehende no plano imaginário, como dano imaginário. Na privação, a falta está pura e simplesmente no real, limite ou hiância real” (Lacan, 1956-57/1999, p. 191). A percepção de uma falta no real implica necessariamente a simbolização do objeto. É só enquanto simbólico que o objeto pode faltar onde nunca esteve.

O pai do segundo tempo é o pai privado, o pai que castra, o representante de uma interdição. No plano imaginário, o pai, pura e simplesmente, intervém como privador da mãe. Ou seja, aquilo que aqui é endereçado ao outro como demanda é remetido a um tribunal superior e substituído, como convém. Pois, sempre, sob certos aspectos, aquilo sobre o que interrogamos o “outro”, à medida que ele o percorre em toda a sua extensão, encontra, no

outro, esse "outro" do outro, isto é, sua própria lei. E é a esse nível que se produz alguma coisa que faz com que o que retorna à criança seja pura e simplesmente a lei do pai, enquanto imaginariamente concebida pelo sujeito como privando à mãe (Lacan, 1958).

A introdução do Nome-do-Pai no lugar do Outro barra o acesso do sujeito ao gozo e ele não mais poderá ocupar o lugar de objeto do gozo do Outro, a não ser na fantasia. Assim, o Outro, como lugar dos significantes, se torna o Outro como lugar da Lei. Essa operação tem como resultado a instauração de uma falta, que Freud chamou de castração, que terá como consequência tornar o Outro inconsciente... (Quinet, 2012, p. 29).

O pai castra o desejo de união com a mãe e esse desejo é então recalculado, culminando na separação e clivagem dos sistemas consciente e inconsciente. A criança não se vê mais como sendo o falo da mãe e passa a se questionar sobre ter ou não ter o falo, a mãe deixa de ser a Lei, agora quem tem o falo é o pai e ele é quem é a Lei (Garcia-Roza, 2009).

A criança, nessa perspectiva, tem acesso à simbolização da lei do pai, confrontada com a questão da castração na dialética do ter. A mediação que o pai introduz na relação com a mãe é o fato de que ela o reconhece como aquele que lhe dita a lei, o que permite à criança colocá-lo num lugar de depositário do falo. Quando essa intrusão significativa colocar em dúvida seu desejo, a criança vai poder re-questionar sua identificação imaginária de objeto fálico da mãe. A incerteza psíquica, forçada pela função paterna, coloca em questão seu desejo e a permite confrontar-se com o registro da castração pela instância paterna. A criança se dá conta de que não é o falo e de que também não o possui, assim como sua mãe.

Na separação há uma substituição de significantes, o S_1 é substituído pelo significante Nome-do-Pai (S_2). De acordo com Dor (1991), "com a introdução desse novo significante (S_2), o qual substitui o significante S_1 , este último passa ao inconsciente" (p. 53). A partir da introdução do significante Nome-do-Pai, a criança poderá se separar psiquicamente da mãe,

se constituindo como sujeito desejante.

Lacan situa o segundo tempo como um ponto nodal no Édipo. Trata-se do momento em que “cabe ao sujeito aceitar, registrar, simbolizar, dar valor de significação à privação da mãe pelo pai, à privação da qual a mãe é o objeto”. Essa privação, o sujeito infantil a assume ou não, aceita ou recusa. Esse ponto é essencial” (Lacan 1957-58/1999, p. 191).

Já no terceiro tempo do Édipo, o pai aparece pela vertente da permissão. O terceiro tempo sucede a castração e a privação, e nele se observa exatamente o denominado *declínio do complexo de Édipo*:

É por intervir no terceiro tempo como aquele que tem o falo, e não que o é, que se pode produzir a báscula que reinstaura a instância do falo com o objeto desejado da mãe, e não mais apenas como objeto do qual o pai pode privar. (...) Aqui intervém, portanto, a existência da potência no sentido genital da palavra – digamos que o pai é um pai potente (Lacan, 1957-58/1999, p. 200).

O autor segue: “O terceiro tempo é este: o pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui. Aqui intervém, portanto, a existência da potência no sentido genital da palavra - digamos que o pai é um pai potente” (Lacan, 1957-58/1999, p. 155).

Segundo Lacan (1958), o complexo de castração é o efeito da percepção da castração da mãe, a qual seria a última pessoa a ser castrada, devido ela ser inicialmente o Outro pleno, ou seja, é a barra no desejo da mãe que faz emergir a angústia da castração devido a fazer o próprio sujeito se deparar com a sua própria castração.

É o pai real o agente que pode vir regular esse novo (des)encontro entre mãe, criança e falo, instituindo um quarto elemento para operar a castração materna e, assim, liberar a criança do desejo insaciável da mãe. Essa seria a saída pelo complexo de castração, terceiro registro possível da falta, que oferece uma estrutura simbólica por meio da operação da lei que regulamenta as trocas humanas: a interdição do incesto. É nesse ponto que a

incompletude é legalizada, a transmissão da castração apazigua o sujeito, pois a falta ganha, definitivamente, estatuto de motor psíquico e não de vazio a ser preenchido.

É isso que Lacan (1956-57/1995) formula no seguinte fragmento:

A partir desse momento de virada, o objeto não é mais o objeto imaginário com o qual um Outro é sempre capaz de mostrar que o sujeito não o tem, ou o tem de forma insuficiente. Se a castração exerce esse papel essencial para toda a continuação do desenvolvimento, é porque ela é necessária à assunção do falo materno como um objeto simbólico. Somente a partir do fato de que, na experiência edipiana essencial, ela está privada do objeto por aquele que o tem, que sabe que o tem, que o tem em todas as ocasiões, é que a criança pode conceber que esse mesmo objeto simbólico lhe será dado um dia (p. 213).

O terceiro momento do Édipo caracterizar-se-ia assim, com a passagem do pai ao simbólico, um O, grande outro com o maiúsculo, o representante da Lei, e não mais a Lei em si. Aqui o pai também é castrado, ninguém mais é visto como falo e nem como Lei (Garcia-Roza, 2009). Ter ou não ter o dom caracteriza esta fase, marcada pelo declínio do Complexo de Édipo, e marcado pela simbolização da Lei. O falo imaginário passa a ser simbólico, reconhece-se que o pai é também castrado, no entanto ele tem algo com valor de Dom. Falo se refere ao símbolo do poder e completude (Dom) e não deve ser confundido com o órgão sexual masculino (Jorge & Ferreira, 2005; Garcia-Roza, 2009).

De maneira geral pode-se dizer que no processo de separação “...é preciso renunciar ao que nunca se foi e ao que nunca se teve, mas que um dia se acreditou ser (frustração) e ter (castração) para que seja possível a simbolização do falo como objeto de dom (privacão)” (Jorge & Ferreira, 2005, p. 55).

“É na medida que o terceiro tempo do complexo de Édipo pode ser transposto, isto é, a etapa de identificação, na qual se trata de o menino se identificar com o pai como possuidor

do pênis, e de a menina reconhecer o homem como aquele que o possui” (Lacan, 1957-58/1999, p. 203).

Em relação a menina, “ela, a mulher, sabe onde ele está, sabe onde deve ir buscá-lo, o que é do lado do pai, e vai em direção àquele que o tem” (Lacan, 1957-58/1999, p. 202). Assim, ao final do Édipo nota-se uma construção da identidade sexual.

CAPÍTULO II - MÉTODO

2.1 Hipótese

As bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e a criança pequena com os seus cuidadores principais. A minha hipótese é que profissionais que trabalham com bebês e crianças pequenas, especialmente da saúde, educação e assistência, desconhecem a existência e consequentemente, a extrema relevância dos sinais de sofrimento psíquico na faixa etária de 0 a 3 anos.

2.2 Objetivo geral

O objetivo desta dissertação é evidenciar os sinais de sofrimento psíquico na primeiríssima infância, visando a intervenção o mais a tempo possível. A partir da elucidação, discorrer como a estimulação precoce sustentada pela Psicanálise pode contribuir para a constituição psíquica e desenvolvimento infantil.

2.3 Objetivos específicos

Difundir instrumentos e metodologias que primam pela transmissibilidade de critérios de risco psíquico de bebês e crianças pequenas; apresentar a clínica interdisciplinar enredada ao viés psicanalítico como contribuição para o acompanhamento de crianças na primeiríssima infância no SUS; estudar o efeito da aplicação da estimulação precoce, baseada no PREAUT e IRDI, na apresentação de fragmentos de casos; qualificar a assistência em saúde mental à primeira infância e apoiar a formação de profissionais para detectar os sinais de sofrimento;

oferecer maior visibilidade à saúde mental na primeiríssima infância, entendida como janela de oportunidade para a organização psíquica da pequena criança.

2.4 Metodologia de análise de dados

A clínica psicanalítica compõe os alicerces para a pesquisa em psicanálise, fornecendo os eixos norteadores para o registro teórico. A associação livre e a escuta flutuante são os pilares da técnica psicanalítica. Segundo Rosa (2004),

[...] o método é a escuta e interpretação do sujeito do desejo, em que o saber está no sujeito, um saber que ele não sabe que tem e que se produz na relação que será chamada de transferencial. [...] O método psicanalítico vai do fenômeno ao conceito, e constroi uma metapsicologia não isolada, mas fruto da escuta psicanalítica, que não enfatiza ou prioriza a interpretação, a teoria por si só, mas integra teoria, prática e pesquisa (p. 341).

Na psicanálise com bebês e crianças a metodologia das intervenções clínicas está a partir da escuta parental e leitura das produções do bebê, especialmente pelo brincar. Como clínicos, possibilitamos aos pais que se autorizem a exercer seu saber consciente e inconsciente com o seu filho. Trata-se de realizar uma leitura clínica do seu sintoma e, para tanto, será preciso considerar o circuito de demanda e desejo no qual o bebê fica ou não implicado.

Figueiredo e Vieira (2002, citado em Zanetti & Kupfer, 2006, p. 182) destacam:

(...) a partir do relato de caso temos um texto que já faz o recorte do analista, com as passagens escolhidas e privilegiadas em determinado momento. O caso é o produto que se extrai da história, das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato.

Um caso clínico não é a descrição exaustiva de todos os acontecimentos do acompanhamento, porque não consiste em descrições protocolares nem se reduz a registros de prontuários, ainda que estes tenham a sua relevância. A construção de um caso clínico em psicanálise tem variações e procedimentos que destoam de outros campos do conhecimento, como, por exemplo, o estudo e a apresentação de caso na psiquiatria. O termo “caso”, na psicanálise, possui uma conotação diametralmente oposta à da medicina; nesta, o caso é representante de uma doença, enquanto naquela diz respeito ao particular do sujeito (Nasio, 2001).

O psiquiatra e psicanalista italiano Carlo Viganò (1993) tomou a etimologia da palavra *caso*, em latim *cadere*, que significa cair, para situar o caso clínico como um “ir para fora” de uma regulação simbólica, em encontro direto com o real, com aquilo que não é dízivel, portanto, impossível de ser suportado. Prosseguindo, o autor pontuou que o termo freudiano *construção de caso* consiste no testemunho das diversas fases do trabalho do analisante. A construção é o preliminar do ato analítico, cabendo o momento de conclusão somente ao analisante.

O trabalho de escrita do caso também não é coincidente ao relato - sintético ou extenso – do que “exatamente” aconteceu ao longo da análise, de modo que ter um paciente não é o mesmo que ter um caso clínico – por isso, o caso precisa necessariamente ser construído. Ele se define por um conjunto de aplainamentos narrativos (ordenamento dos fatos, localizações de ações e passagens fundamentais), discursivos (psiquiátrico, familiar, literário, biográfico) e lógicos (Dunker & Zanetti, 2017).

Com efeito, a estrutura ficcional adotada na construção do caso serve para velar os dados do sujeito e mostra congruência com a clínica psicanalítica. Aliás, “as desejáveis distorções, encobrimentos e alterações necessárias para proteger o sigilo clínico pertencem ao

método de tratamento” (Dunker, 2017, p. 200). Dessa forma, faz-se necessário pontuar que os nomes das crianças e familiares desse estudo são fictícios para manter o anonimato.

Entrelaçando os fragmentos das sessões, será realizada a pesquisa bibliográfica disponível em livros, artigos, anais ou outros que abordem os temas. O fundamento teórico subside na Psicanálise, tendo como eixo condutor a leitura de Freud, Lacan e psicanalistas cujos trabalhos versam sobre a constituição psíquica, clínica das infâncias, especialmente a dos primórdios.

Tratando especificamente do trabalho na infância, utilizamos o brincar para alcançar e dar lugar à constituição do sujeito, sendo a brincadeira o movimento de um inconsciente em formação (Jerusalinsky, 2014). No momento da brincadeira, permeada pela sutileza do significante, a criança passa da passividade à atividade, o que evidencia que brincar não é simplesmente atuar sem direção no gozo da infância. Na teoria do amadurecimento, Winnicott (1975) trouxe o conceito do brincar como uma ação constituinte do sujeito na infância, sendo um espaço transicional que permite à criança experimentar e explorar o mundo.

Os três fragmentos de casos destacam a importância da construção do caso clínico como via de transmissão do saber psicanalítico e de contribuição ao trabalho da equipe interdisciplinar em Saúde Pública. Eles servirão como balizas para a identificação de sinais de sofrimento que obstaculizam a constituição psíquica e o desenvolvimento infantil.

CAPÍTULO III – SOFRIMENTO PSÍQUICO

3.1 - Protocolo PREAUT

Marie Christine Laznik e Graciela Crespin compunham um grupo que constatou que tratar uma criança de 2 anos e meio era mais difícil do que a de 2 anos e, mais ainda, do que a de 1 ano e meio, então decidiram que atenderiam os bebês o quanto antes. Além da vasta prática clínica, as pesquisadoras analisaram vídeos familiares do primeiro ano de vida de crianças que receberam o diagnóstico de autismo após os três anos e observaram que o terceiro tempo do circuito pulsional não se efetivou nos diferentes registros pulsionais, tais como a pulsão escópica, a oral e a invocante. No âmbito político, elas realizaram uma interlocução com a Secretaria de Saúde francesa para iniciar uma pesquisa a fim de avaliar risco em bebês, visando a diminuição dos casos graves, assim como o custo do tratamento para o Estado.

A Associação PREAUT - Programme Recherche Evaluation Autisme - foi responsável pela pesquisa, que foi presidida por Jean-Loius Sarradet, em conjunto com o Programa Hospitalar de Pesquisa Clínica de Strasbourg e coordenada pelo Dr. Claude Bursztejn.

Inicialmente, o termo PREAUT referia-se à junção das iniciais das palavras francesas PREvention d'AUTisme, ou seja, prevenção do autismo, acreditando-se que havia prevenção para tal psicopatologia. No avançar das pesquisas e estudos, entendemos que sob a perspectiva psicanalítica não é possível prever ou antecipar o destino de uma criança. No entanto, a intervenção pode ser entendida como uma aposta na criação de condições estruturais suficientes para que a subjetivação possa ocorrer antes que se interrompa definitivamente o laço social. Ainda assim, optou-se pelo uso da sigla que deu nome à

pesquisa em razão da correspondência entre o seu nome abreviado e o nome da Associação francesa. O objetivo da pesquisa foi avaliar dois sinais que demonstram muito precocemente que, se observados a tempo de intervir possibilitam um outro destino ao bebê, evitando que o sofrimento psíquico se cristalize. Esses foram denominados de sinais PREAUT, avaliam o fechamento do circuito pulsional com base na observação da capacidade do bebê de se engajar espontaneamente em interações sincronizadas e prazerosas com seu cuidador principal. Para tal, são avaliados a partir da relação intersubjetiva da diáde: 1- O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela; 2 - o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela.

Cabe ressaltar que um sinal isolado (o bebê não sustentar o contato visual, por exemplo) não é suficiente para afirmar a presença de uma patologia, mas pode ser um sinal de alerta para algum impasse em sua constituição psíquica.

A pesquisa para validação do referido protocolo foi realizada em 11 departamentos franceses de saúde pública entre 2006 e 2011. Foram formados 600 pediatras, obteve-se uma amostra de 4.822 crianças e outras 11.808 crianças inclusas no projeto em agosto de 2011. Aos quatro e aos nove meses dos bebês, foi testada a hipótese dos sinais precoces criada por Laznik, aos doze meses foi aplicado o teste de desenvolvimento da comunicação (QDC – C) e aos 24 meses, o Check list for Autism in Toddlers (CHAT). Sobre os resultados intermediários obtidos até agosto de 2010, apenas 3.765 de 11.318 crianças completaram as quatro etapas da pesquisa. Destas, 28 atenderam aos parâmetros e 4 não atenderam, portanto, 24 crianças fizeram parte da amostra. Deste grupo, 2 foram diagnosticadas com transtorno autístico, 4 com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) e as demais foram diagnosticadas com outros transtornos e dificuldades, tais como: atraso mental leve, atraso de linguagem, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade provável, entre outros (Crespin;

Parlato-Oliveira, 2015).

Na França, em 2017, foi publicado um artigo científico com a validação do protocolo PREAUT para os 4 meses de idade (Anexo II), após a publicação, em 2013, do artigo de validação do protocolo para 9 meses (Anexo III). Os resultados permitiram identificar que os sinais PREAUT apresentaram os mesmos parâmetros de preditividade do M-CHAT (Anexo IV), instrumento que avalia crianças a partir de 18 meses.

O protocolo PREAUT atravessou fronteiras geográficas, ao chegar a Portugal, Inglaterra, Espanha, Bélgica, Romênia e, a partir de 2006, foi replicado também no Brasil pelo Instituto da Família, dirigido por Leonardo Posternak. O Instituto foi responsável pela capacitação de pediatras, e deu os primeiros passos para a instauração do PREAUT Brasil, cujo objetivo principal foi capacitar profissionais da saúde e da educação para o uso do protocolo. Em outubro de 2007, foi promovida a primeira reunião para lançamento oficial da pesquisa PREAUT no Brasil, em Salvador, com a participação de 13 cidades que compunham os centros de pesquisa, tendo como coordenadoras, Inês Catão e Marilúcia Picanço, ambas de Brasília. Cada núcleo realizou capacitações nas suas respectivas regiões, totalizando até dezembro/2017, mais de 3.500 profissionais capacitados, além de parcerias com universidades públicas e privadas. Outro ponto que merece destaque foi a realização de assistência em relação à detecção de risco quanto à intervenção pais-bebê.

3.2 - Pesquisa IRDI - Indicadores de Referência para o Desenvolvimento Infantil

Outra pesquisa, também desenvolvida no Brasil, buscou difundir um instrumento para transmissibilidade de critérios de risco psíquico de bebês e crianças pequenas, denominada de Indicadores de Referência de Referência do Desenvolvimento Infantil (IRDI).

As leis 13.257 (06/03/2016) e 13.438 (26/04/2017), que respaldam a inscrição social de práticas com a primeira infância, podem fornecer retaguarda legal a ações de detecção precoce de risco psíquico. No entanto, tais leis não garantem que as práticas ocorram a partir de uma lógica não patologizante e de aposta na estruturação.

O artigo 14 do ECA afirma que “o SUS promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção de enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos” (Brasil, 1990, não paginado). O texto da Lei nº 13.438 altera esse artigo e acrescenta que “É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico” (Brasil, 2017, não paginado).

Por sua vez, a Lei nº 13.438 sublinha a importância de realizar tal detecção até um ano e meio de idade, enquanto a Lei nº 13.257, ao situar a primeira infância no intervalo entre zero e seis anos (de acordo com o critério que consta no ECA), deixa um tempo demasiadamente longo para o que se considera como detecção precoce, o que pode implicar na perda de um tempo precioso para a intervenção.

Nem todo risco psíquico da primeira infância está relacionado ao risco de autismo, o que tem contribuído para diagnósticos equivocados e fornecidos em larga escala. A Lei nº 13.438/2017 diz respeito à "detecção de risco psíquico", e não de "detecção de risco de autismo", o que faz diferença na medida em que, como mencionado, nem todo sofrimento psíquico na primeira infância é redutível a um risco de autismo.

Assim, o IRDI consiste em um instrumento voltado para o profissional que se ocupa da primeiríssima infância apostar na subjetividade do bebê ou, dito de outro modo, apostar no advir do sujeito-bebê. O indicador foi construído por um grupo de pesquisa e foi validado

para uso pediátrico a partir de uma longa e inovadora pesquisa intitulada “Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil”, realizada no período de 1999 a 2008, cujos resultados foram relatados em Kupfer et al., 2009.

Segundo Mariotto (2016), o propósito inicial desta pesquisa foi possibilitar que os IRDIs pudessem ser utilizados por pediatras a fim de avaliar a presença de risco psíquico para o desenvolvimento infantil. Observou-se, porém, que outros profissionais de saúde e da atenção básica também poderiam se beneficiar deste instrumento, ainda que muitos deles desconheçam os indicadores e, principalmente, não pratiquem um olhar mais atento para os aspectos psíquicos do bebê.

O Ministério da Saúde levou 17 anos para integrar o IRDI na política pública do Brasil e contemplar pelo menos seis dos indicadores no texto sobre desenvolvimento, que é dirigido às mães e que consta na Caderneta de Saúde da Criança (Brasil, 2017).

Os indicadores possibilitam rastrear o estado de saúde, de desenvolvimento e de constituição psíquica em bebês e crianças. A partir da investigação, com base nos indicadores IRDI, é possível verificar se há ou não risco para a constituição psíquica deste público.

O IRDI favorece a leitura a partir da estruturação psíquica do sujeito, ou seja, permite aferir no bebê que está em acompanhamento se suas respostas subjetivas estão ou não a contento. Um indicador jamais terá valor isolado e dependerá de sua articulação com os demais indicadores. Assim, o profissional terá a capacidade de ler as respostas do bebê e mensurar a relação dele com o seu cuidador.

Trata-se de um protocolo composto por 31 indicadores divididos em 04 faixas etárias - 0 a 4 meses incompletos; 4 a 8 meses incompletos; 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses completos (Anexo I), que demonstrou ter valor preditivo de problemas de desenvolvimento ulteriores, atrelado a um conjunto de 15 indicadores com maior predição

de risco psíquico, considerado como detecção significativa na constituição do sujeito. Os resultados indicativos devem ser marcados nos laudos como Presentes, Ausentes ou Não Observados. Os indicadores foram construídos a partir de quatro eixos teóricos, oriundos da teoria psicanalítica, considerados fundamentais para a constituição do psiquismo, quais sejam: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença-ausência (PA) e função paterna (FP) (Kupfer et al., 2009).

Vale ressaltar que o IRDI é um instrumento de leitura e não um *checklist*. Não se pode aplicá-lo como um questionário, pois o profissional é convocado a observar a dupla mãe/bebê e a conversar para então proceder a uma leitura do que percebeu e, depois da consulta, preencher se o indicador está presente, ausente ou se não foi possível verificar-lo. A concepção do IRDI retoma em cada faixa etária às mesmas questões, por meio de diferentes situações, propondo uma relação a partir da aplicação da faixa etária atual e da faixa etária pregressa uma leitura *a posteriori*, tal qual preconiza a psicanálise.

Conforme Kupfer e Voltolini (2005), os indicadores, individualmente, pouco ou nada dizem sobre a constituição do bebê avaliado, eles “precisam estar relacionados entre si para que possam apontar a lógica do eixo em torno do qual estão articulados” (p. 360). Segundo Kupfer e Bernardino (2014), eles indicam nortes de leitura, evidenciam o que é tão difícil de ver e de acompanhar: um sujeito em constituição. Portanto, fazer detecção precoce não equivale a fechar diagnósticos, e sim a considerar situações de sofrimento psíquico que, se detectadas nos primórdios de vida do bebê, permitem realizar intervenções clínicas, no marco da estimulação precoce, que favorecem a constituição do bebê e do laço pais-bebê (Jerusalinsky, 2016).

O desenho da pesquisa IRDI foi de corte transversal e estudo longitudinal. A amostra foi composta por 727 crianças, randomicamente selecionadas ao procurarem consultas pediátricas de rotina em 11 serviços de saúde, de 9 cidades brasileiras. Ao final dos 18

meses, 287 crianças apresentaram 2 ou mais indicadores ausentes e se tornaram os casos da pesquisa. Foi constituído, ainda, um grupo controle com 440 crianças que apresentaram 1 ou nenhum indicador ausente.

O grupo caso foi reavaliado após 03 anos, por meio da Avaliação/Acompanhamento Psicanalítico entre 3 e 6 anos (AP3+AI). A partir dos resultados da avaliação psicanalítica, foi montada uma tabela de sintomas clínicos, com indicativo de presença/ausência, de modo a verificar problemas do desenvolvimento bem como risco para a constituição do sujeito. No primeiro deles, os sintomas sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que incidem no desenvolvimento da criança sem, contudo, questionar as inscrições psíquicas como a enurese, fobias, hiperatividade, medos, dentre outros. O segundo tipo, nomeado como “problemas na constituição do sujeito”, compreende os entraves no processo de estruturação subjetiva, apontando um risco em direção às psicopatologias graves da infância como autismo, psicose, por exemplo.

Apesar de não aprofundarmos, este instrumento, por ora, é relevante identificar as cinco novas categorias teórico-psicanalíticas, além das quatro supracitadas, que dizem das manifestações da infância: A fala e a posição na Linguagem (FL); O brincar e a fantasia (BF); O corpo e sua imagem (CI); Função da lei e relação com o semelhante (LS); Aprendizagem e curiosidade (que articula as operações lógicas do sujeito epistêmico com a pulsionalização do desejo do saber - AC).

Por fim, o IRDI auxilia no trabalho e no diálogo interdisciplinar, uma vez que, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentre outros, podem juntos estabelecer planos de ação no âmbito da prevenção de psicopatologias ou de problemas do desenvolvimento (Mariotto, 2016). Desse modo, quando se pretende aliar teoria e prática em intervenção na primeira infância, a partir da ética da psicanálise, a ênfase recai sobre o bem-dizer em detrimento de dizer o bem. O que significa afirmar que é uma

prática que espera que a criança estruture uma determinada relação com os outros, pautada pela possibilidade de ela vir a “dizer” sobre seu desejo.

3.3 - Os quatro eixos teóricos que balizam a constituição psíquica

A delimitação dos eixos da pesquisa IRDI foi a partir das obras Três ensaios sobre a sexualidade (1905), Além do Princípio do prazer (1920), Dissolução do complexo de Édipo (1924) e Seminários 4 e 5 de Lacan. Os seguintes eixos não comparecem separadamente no decorrer do desenvolvimento, mas se entrelaçam nos cuidados com o bebê e nas produções que a criança realiza, dando testemunho dos efeitos de inscrição das marcas psíquicas:

SS - Suposição do Sujeito: trata-se de uma antecipação, realizada pelo agente materno, da existência, no bebê, de um sujeito psíquico que pressuponha um saber, ainda que suas reações sejam reflexas, e que careçam de qualquer intencionalidade. A formação da constituição psíquica requer um cuidado pressuposto e antecipado. A antecipação causa grande prazer, na medida em que vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe, por meio do *manhês*, o que fará com que o bebê tente corresponder ao que foi esperado dele. É a partir dessa suposição/expectativa que, por exemplo, o grito do bebê poderá ser tomado pela mãe como um apelo e interpretado possibilitando que este apelo revista-se de significação para ambos.

ED - Estabelecimento de demanda: as primeiras reações involuntárias que um bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, precisam ser reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança lhe dirige e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder. “É ela quem demanda de seu filho que ele a deseje e inverte sua própria demanda transformando-a em demanda do filho, como um processo inconsciente” (Kupfer et al., 2009, p. 11). Tal demanda implica em uma interpretação em que a mãe traduz em palavras

as ações da criança e, em ações, suas próprias palavras, por meio de uma linguagem particular. O bebê precisa ser amparado no seu desamparo primordial, tanto fisiológico quanto psíquico. Esse reconhecimento permitirá a criação de uma demanda, sempre inserida numa trama de amor, que estará na base de toda a atividade posterior da linguagem e da relação com os outros.

PA - Presença e ausência: A presença materna não será apenas física, mas sobretudo, simbólica, ou seja, o agente materno torna-se símbolo de satisfação ao substituir a presença do objeto real. Ora a mãe responde com presença, ora com ausência, ou mesmo introduzindo uma chupeta em lugar de oferecer o seio. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação, espera-se que haja uma pausa a fim de surgir uma resposta que obrigue a criança a criar um dispositivo subjetivo para a simbolização. Assim, a descontinuidade da satisfação, quanto da presença materna, é fundamental para o surgimento das representações simbólicas que abrem espaço para a criança experimentar-se como sujeito na linguagem. Dessa forma, vai se consolidando a alternância nos cuidados, bem como os ritmos de sono-vigília, fome-saciedade, tensão-apaziguamento, atividade-relaxamento. A descontinuidade, marcada pela presença/ausência, é o fundamento estrutural da linguagem na medida em que, para que exista a palavra, tem que se romper o enlace entre “objeto causa” e a satisfação, a palavra tem que adquirir o poder de evocar a satisfação em ausência do objeto. Se quisermos que o bebê se torne um ser desejante (autônomo e singular) é necessário que possa ter a experiência de descontinuidade, a separação entre a palavra e a coisa.

FP - Função paterna (alterização): A função paterna é o lugar de terceira instância na relação mãe-bebê, sendo encarregada de transmitir os parâmetros da cultura, a dimensão social. É uma separação simbólica que impedirá a mãe de conceber seu bebê como a sua única satisfação. Para que a função paterna se instale, é preciso que a mãe tenha a criança

numa posição de referência a um terceiro em seu laço com ele, não fazendo dessa criança um objeto que se presta unicamente à sua satisfação. Quando essa função se instala, a criança renuncia às satisfações imediatas que antes advinham da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe, ou de seu cuidador, e passa, então, a ser identificada na sexualidade, nas gerações e a ser nomeada culturalmente. Assim, a criança poderá distanciar-se do outro e utilizar então a linguagem em sua função simbólica, como substituto da presença do outro. Depende dessa função a separação do filho como sujeito singular e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas.

3.4 - Sinais de sofrimento psíquico

...o transtorno substitui o sintoma, o organismo

substitui o corpo, o indivíduo substitui o sujeito e

o inconsciente desaparece em favor de

comportamentos e condutas a modificar ...

(*Esperanza, 2011*)

O primeiro fator que se apresenta como dificuldade na constituição psíquica implica em uma não instauração de uma produção que deveria ter ocorrido. É apenas sobre esta não instauração que se produz, posteriormente, um indicador relativo a uma patologia específica. Por isso, o mais importante diagnóstico para intervir com bebês é partir do pressuposto de que ele *não está bem* e que precisa de ajuda, sem estabelecer nenhuma correlação antecipatória por patologia específica. Isso é central para promover a saúde e não a doença, situando, assim, a concepção de *risco* na vertente de *inscrições* constituintes do sujeito do desejo (Jerusalinsky, 2018).

Jerusalinsky avança e afirma que o clínico situa o *dado a ver* do sintoma como um enigma que cifra no corpo do bebê os efeitos de inscrição do Outro. Ao apostar nos efeitos

desse saber inconsciente, possibilita que o bebê possa advir como sujeito na cena e produzir, com e a partir de tais inscrições, sua singular resposta.

De acordo com Trevarthen (2019), ao nascer, além dos reflexos inatos, o bebê é uma criatura inventiva, criadora de sentidos e de interação com os outros, permitindo acender a qualquer código linguístico e simbólico humano. Ele é um professor de língua multimodal singular, que nos ensina suas expressões para que possamos saber sobre ele e seus gostos, necessidades e interesses. A maior parte dos reflexos inatos tende a desaparecer ao longo dos primeiros meses de vida e sua permanência pode indicar alguma questão neurológica ou transtorno de enlaçamento do bebê ao Outro.

Crespin (2022) nomeia como apetência simbólica a linguagem já inscrita no recém-nascido, e que o torna apetente da relação, independentemente da satisfação de suas necessidades primordiais. “Ela está presente desde o nascimento no bebê saudável, e constitui o caminho aberto, a via régia do estabelecimento do laço com o outro da relação neonatal” (Crespin, 2022, p. 16). “O psiquismo, portanto, tem origem pelo efeito de um estado de encontro, constituindo-se a partir de vários desencontros, não-encontros, encontros e reencontros. O psíquico e o corpo nascem um com o outro e um para o outro” (Aulagnier, 1975. p. 22).

Vários autores iniciaram um debate intenso sobre o nascimento psicológico do bebê, sugerindo a existência de uma constituição subjetiva pregressa ao nascimento. Eles postulam, ainda, que um bebê não apenas reage ao meio ambiente, como memoriza fatos, expressa desejos e demanda a satisfação de suas necessidades, ou seja, possui formas precoces de linguagem não-verbal e vida subjetiva.

Spitz, em 1945, e Bowlby, na década de 50, chamaram a atenção para a teoria da formação de vínculos (apego) e os efeitos da separação precoce pais-criança (hospitalismo) e seus estudos repercutiram numa reformulação no atendimento a crianças pequenas na

maior parte do mundo. A ausência precoce do objeto, assim como a recusa ou a impossibilidade do objeto em se oferecer como objeto libidinal para o bebê, determina formas psicopatológicas que podem chegar, em seu extremo, a uma “deterioração [que] progride inexoravelmente, levando ao marasmo e à morte” (Spitz, 1965/1991, p. 213-214).

Nos anos 70 e 80, uma onda de estudos liderada por americanos como Brazelton, Klaus e Kennel discutiu as consequências psíquicas para os bebês em situações de hospitalização precoce. De acordo com os estudos, é preciso que o bebê deixe de ser apenas um participante submisso às influências do ambiente (Spitz, 1965/1991), “uma massa sem formas, prestes a ser modelada pelo ambiente” (Brazelton et al., 1987, p.9) para tornar-se um ser complexo que interage com os adultos que o cercam e passe a ocupar um espaço de parceiro capaz de gerar importantes modificações em seu meio.

Françoise Dolto (1984) relata um caso de um bebê de poucos dias, separado repentinamente de sua mãe, durante a Segunda Guerra Mundial. Após amamentar a criança desde o seu nascimento, a mãe foi hospitalizada de maneira imprevista devido a uma infecção. Separada de sua mãe, a criança recusara a mamadeira, seu único meio de subsistência. Assim, o pediatra da família pediu para chamar com urgência Dolto, que aconselhou a embrulhar a mamadeira em uma roupa que a mãe vestira no hospital: a criança, então, aceitou a mamadeira e se pôs a mamar. Esse caso explicita que o olfato, complemento patente da pulsão oral, está em condições de ativar o reinvestimento dos traços mnésicos guiados pelo desejo, colaborando, assim, para a construção psíquica dos bebês. Estudos realizados com recém-nascidos depois da experiência de separação da mãe, por uma hora, produziram evidências de como o sistema imunológico sofre consequências que perduram até quase um mês depois de tal separação (Busnel, 1999a).

O bebê elege ou prefere aquilo a que está acostumado, o que conhecia no útero. O cheiro do seio materno, segundo as experiências realizadas, é reconhecido e preferido; o

cheiro do seio da própria mãe; o cheiro do leite da própria mãe, também, e o cheiro do leite materno no lugar do leite artificial (Porter & Marshall, citados por Busnel, 1999b). O líquido amniótico foi cheirado e provado suficientemente no útero, portanto, o recém-nascido elegerá o líquido de sua própria mãe também. “O líquido amniótico atua como elemento de vínculo entre a vida intrauterina e o leite”. Outros mamíferos não humanos, por exemplo, lambem sua própria barriga impregnando-a de seu líquido amniótico, como que “mapeando” a zona para suas crias. O reconhecimento deste cheiro guiará o pequeno até as mamas de sua mãe (Porter & Marshall, citados por Busnel, 1999b).

Durante longo tempo, a Psicologia aceitava e promulgava a tese de que os bebês aprendiam somente pela imitação, entretanto, a pesquisadora húngara Emese Nagy (2004) comprovou que o bebê também propõe trocas, convida, denominando assim um comportamento de provocação por parte do bebê para que o outro lhe responda.

Laznik (2004), a partir de Lacan, diz que o sujeito só chega à dimensão do Outro por intermédio da pulsão, de um circuito pulsional. Nos três tempos do circuito pulsional, a atividade, a reflexividade e a passivação constituem os três marcadores do traçado pulsional (Couvert, 2020).

Trata-se, para a pulsão, de realizar um certo percurso. É este percurso que traz a satisfação pulsional, radicalmente separada de qualquer satisfação de necessidade orgânica. Este trajeto, em forma de circuito, vem se fechar em seu ponto de partida. A partir daí, para a pulsão não se trata mais de ir na direção de um objeto da necessidade e de satisfazer-se, mas sim de encontrar um objeto que crie a necessidade, isto é, que permita à pulsão percorrer todos os tempos necessários para seu fechamento, inúmeras vezes (Laznik, 2000).

O primeiro tempo – ativo – é aquele em que a pulsão vai em direção a um objeto externo; o segundo tempo – reflexivo – aquele no qual ela retorna ao próprio corpo; e o terceiro, aquele no qual, passivamente, faz-se objeto da pulsão ativa de um outro/Outro

(Freud, 1914/1980). Trata-se de que a pulsão complete esse trajeto. No terceiro tempo se desenvolve a possibilidade de um destino pulsional, que orienta o curso da vida psíquica, sendo um tempo divisor de águas (Couvert, 2020):

O bebê que buscou até aí se ligar ativamente ao objeto de satisfação, para depois levá-lo ao corpo próprio, vai se desviar dessa autossatisfação e fazer-se ele próprio objeto de prazer para o outro. É precisamente aí que há uma reviravolta, de tender em direção ao objeto a se fazer o objeto, pois o bebê se encontra assim numa posição totalmente diferente. Nessa operação em que o pequenino se presta à satisfação do outro pode-se dizer que ele é ao mesmo tempo, objeto e sujeito dessa satisfação. Ao se dispor ativamente a isso, existe de fato, a produção de um novo sujeito e aí reside o que está em jogo no terceiro tempo (Couvert, 2020, p. 97).

Brenner (2011) complementa esse importante tempo:

No terceiro tempo do circuito pulsional, o sujeito retorna ao outro e se faz ser objeto dele. Nasce aqui a possibilidade de sujeito, alguém que, tendo percorrido a primeira instância de se apoderar de algo fora de si e ter encontrado nesse fora de si algo que lhe significou, busca uma forma de marcar em sua carne esse outro, a tal ponto que pode, nesse terceiro tempo, devolver ao outro o seu próprio tesouro (Brenner, 2011, p. 79).

Entretanto, só podemos falar em autoerotismo após o primeiro fechamento do circuito pulsional em três tempos, ou seja, após o estabelecimento da instância do Outro. Antes do enlaçamento do Outro não se pode falar em Eros. “Se nós retiramos o termo *eros* de autoerotismo, nos encontramos face ao *autismo*” (Laznik, 2004, p. 29). De fato, esse terceiro tempo do circuito pulsional, esse momento em que ele vai se fazer objeto de um - novo sujeito, o autista não o conhece. Para ele, o circuito pulsional não se fecha. De imediato, não

existe a possibilidade de um tempo propriamente autoerótico, porque nada de um prazer suscitado no Outro pode ser registrado no pólo alucinatório de satisfação:

O terceiro tempo constitui então um tempo incontornável na instalação de uma posição resolutamente voltada em direção ao outro. Ele é mesmo a condição para que a marca do Outro tenha efeito de inscrição. (...) No fundo, no decorrer desse terceiro tempo o bebê encena o sujeito, tanto para o outro como para ele próprio. É por esse motivo que se trata do campo narcísico na segunda parte de pulsões e destinos das pulsões. O terceiro tempo se torna então uma grande guinada estrutural onde vem se enxertar o campo do narcisismo no sentido que passa pelo Outro (Couvert, 2020, p. 97-98).

Quanto às diferentes formas de contato entre o bebê e seu Outro da relação, Crespin (2004) ressalta especialmente a dupla modalidade (funções materna e paterna). Se as duas posições estão presentes e equilibradas nas trocas aparecem, então, os sinais positivos de desenvolvimento que atestam que os processos psíquicos subjacentes estão funcionando e se desenvolvem como previstos. Por outro lado, os sinais de sofrimento aparecem quando há um desequilíbrio em uma das posições. Importante salientar que a referência à mãe, ao longo da dissertação, refere-se para descrever a função materna, a pessoa que se ocupa dos cuidados com a criança e não necessariamente a mãe biológica, uma vez que em seu desenvolvimento inicial, a criança está física e simbolicamente em uma relação de dependência e imediatez (Checchinato, 1988).

No entanto, tão importante quanto isso é interrogar, clinicamente, o modo como a função é posta em funcionamento na relação com os outros; portanto, questionar se o bebê se endereça aos demais (Bergés, 1988).

Para destacar a posição de maestria da mãe em relação à organização pulsional do filho, Jerusalinsky (2002) afirma que no tratamento de bebês, constatamos que o sintoma se fixa como metáfora que toma a sua carne e sua função, mas a significação deste sintoma se determina a partir da rede significante materna. Ainda não é um sintoma produzido por ele enquanto sujeito, pois não é ele que sustenta a representação desta metáfora, mas a mãe como aquela que encarna o Outro. Assim, o sintoma não implica uma simbolização **do** bebê, mas a simbolização a partir do Outro que recai **no** corpo dele. O sintoma que se apresenta no bebê dá a ver de modo cifrado a verdade da fantasia materna e do sintoma parental. O sintoma que nele toma carne não é efeito do seu recalque, mas o que permanece recalcado para a mãe ou para o casal.

Lacan, no texto *Duas notas sobre a criança* (1969/1983), coloca: O sintoma de uma criança está em posição de responder ao que há de sintomático na estrutura familiar, representado a verdade do casal parental ou encarnado em seu corpo o objeto da fantasia materna. E nos avisa que o segundo caso é bem mais complicado, pois justamente se trata de uma criança que está tomada na posição de alienação: como objeto da mãe.

Enlaçaremos, em seguida, os quatro campos mobilizados no encontro do bebê com o Outro por meio do circuito pulsional: a oralidade, a especularidade, a invocação e o envelope cutâneo. Apresentaremos os indicativos aguardados na constituição psíquica para, subsequentemente, (re)conhecermos os sinais de sofrimento psíquico.

No primeiro registro pulsional, Freud (1905/1980) chamou de experiência primordial de satisfação o fato do bebê sentir prazer em se inundar, não apenas de leite, mas da presença do outro nutridor. Atualmente, sabe-se que a função da sucção se fundamenta no puro prazer e não na satisfação de uma necessidade. No útero, por exemplo, o feto pratica uma atividade oral com movimento dos lábios e da língua que não tem intenção nutritiva (Couvert, 2020).

Quando a boca se abre, os lábios se ativam e sugam, é o sinal de que o bebê participa da montagem oral enchendo a boca. A apetência simbólica é a marcada primazia do simbólico sobre o estado de necessidade, nos indicando o lugar que deve ocupar o outro primordial nessas primeiras trocas. O sinal positivo de desenvolvimento só aparece quando a troca alimentar é marcada pelo prazer compartilhado e pela atividade do bebê, o que só pode surgir quando as manifestações do filho são bem respeitadas pela mãe (dimensão paterna).

O sinal positivo de desenvolvimento do registro especular é o direcionamento do olhar, resultando no diálogo olho no olho. “Isto é, o olhar como função psíquica, suporte da comunicação e da relação com o Outro. Por esse motivo, o olhar mantém com a visão a mesma relação de enodamento que o objeto oral mantém com o alimento” (Crespin, 2004, p.58). Dessa forma, o olhar é um indicador de presença. Nas palavras de Winnicott: “A mãe está olhando para o bebê e aquilo com que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali” (Winnicott, 1975, p. 154). É na expressão do rosto materno tomado como espelho que o bebê primeiro *se vê*, encontrando o olhar da mãe.

Na medida em que o olhar não se confunde com a visão, a voz não se confunde com o som. No registro da invocação, “o sujeito não pode falar sem *se ouvir* (reflexividade espontânea), mas é apenas através da voz do outro que ele *se escuta*” (Catão, 2009, p. 134). Segundo a autora, a voz participa da instauração do laço entre mãe-bebê ao mesmo tempo em que se constitui como objeto da pulsão. “Em psicanálise, a voz não se identifica ao som. Sua materialidade não é sonora, mas incorpórea. O som é a vestimenta imaginária da voz” (Catão & Vivés, 2011). Numa paleta expressiva, desaparecem os gritos indiferenciados e o bebê balbucia em voz alta. “É a libidinização da voz que a eleva de sua materialidade acústica à categoria de objeto da pulsão” (Crespin, 2004, p. 64). Em Lacan,

a voz se torna o objeto da pulsão invocante, aquela a que ele se refere como “a mais próxima do inconsciente” (Lacan, 1985). A voz é o objeto do desejo do Outro.

Catão (2008) explica que o *manhês*¹ convida o bebê a alienar-se no campo da linguagem, fundando um significante mínimo; ou seja, uma matriz simbolizante é implantada pela música da voz do agente materno. Música esta que tem um poder quase absoluto de invocação, uma promessa de gozo sem limites, sendo considerada um dos determinantes da alienação do *infans*² ao desejo do Outro. A criança deve se deixar seduzir pela voz materna, sem nela se perder. Ao responder ao apelo que a música da voz lhe dirige, muda de posição, passando de invocado a invocante. Portanto, é fundamental que o Outro tome os sons e palavras como particularmente endereçados e que suponham um valor de mensagem, desdobrando em construções e narrativas.

O recém-nascido pode imediatamente reconhecer as características do discurso da sua mãe, e o seu rosto, algumas horas após o nascimento a termo, devido a sua competência para desejar a interação com os sentimentos representados pelas expressões faciais e vocalizações do outro (Trevarthen, 2019). A fonoaudióloga e psicanalista Parlato-Oliveira (2019) complementa ao afirmar que o bebê é capaz de perceber a diferença entre a sua língua materna e outra língua qualquer. Essa percepção precoce pode estar ligada ao período intraútero, quando a voz materna chegava até ele por via óssea e a voz dos outros era audível pela placenta, assim, ele sabia diferenciar os sons que eram familiares, dos desconhecidos.

As trocas comunicativas não ocorrem apenas pela modalidade sonora, há sempre uma multimodalidade em jogo, o bebê está ao mesmo tempo escutando, olhando, sentindo

¹ *Manhês* (*motherse*), a língua das mamães, como descreve Ferreira (2000). É um modo especial de fala que a mãe dirige ao bebê, que possui características que lhe são próprias, tanto do ponto de vista de sua organização (dialógica), como de sua forma (léxica), de sua estrutura (sintática) e de sua prosódia.

² Etimologicamente, *infans* refere-se a alguém que não fala (do latim *fari*: dizer, falar).

o cheiro e o gosto, sentindo taticamente quando é segurado e, assim, ele realiza um trabalho complexo de interpretação.

Aos dois meses, um bebê é muito expressivo e muito atento ao interesse de seus cuidadores. Ele realiza uma troca íntima, afetuosa e rítmica em uma protoconversação, olhando os olhos e a boca de seu interlocutor enquanto escuta a sua voz (Trevarthen, 2019). O autor segue e pontua que uma criança de quatro meses é claramente interessada e sensível às mudanças de humor nos adultos, às expressões de surpresa, além de participar dos jogos de imitação com seus cuidadores. Com um ano, ela já pode comunicar diretamente sem usar a língua, compartilhando uma experiência complexa com os seus familiares. Presta atenção e imita as vocalizações e os gestos, manipulando os objetos usados por outras pessoas.

Parlato-Oliveira (2011) realizou uma pesquisa na UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais -, comprovando que os bebês de quatro meses também são capazes de identificar o próprio nome, considerando aqueles que foram nomeados durante a gestação. Nesse sentido, o reconhecimento do próprio nome dá indícios do processo de aquisição da linguagem da criança, pois fornece dados acerca da acuidade auditiva, dos fatores perceptuais fonéticos, fonológicos e prosódicos da linguagem e da relação da criança com seu entorno.

Graciela Crespin, em seu livro *A apetência simbólica do recém-nascido* (2022), afirma que a maior lisibilidade das manifestações da criança propicia às equipes de saúde distinguir sinais positivos de desenvolvimento de sinais de sofrimento precoce. Esses estados de sofrimento devem ser compreendidos como se referindo ao somático e ao relacional, ao mesmo tempo. Acerca dos sinais de sofrimento precoce, a autora os dividiu em duas séries: a série barulhenta e a série silenciosa.

Os sinais da série barulhenta têm a qualidade de alertar os familiares e cuidadores, por isso o nome “barulhenta”, e aparecem quando há um excesso da posição atributiva que

esmaga o espaço do bebê – o que remete à dimensão intrusiva da onipotência da mãe arcaica, anterior à era transicional. Esses sinais correspondem a um ato do bebê: o bebê é ativo, se manifesta para sustentar sua alteridade e, dessa forma, tenta sustentar, ou até mesmo, compensar a falha da dimensão paterna. Tais sinais representam, ainda, tentativas desesperadas do bebê para se fazer escutar, pois em geral a urgência dos cuidadores é de fazê-los calar.

Assim, o conjunto das recusas alimentares é um exemplo desta série, bem como os refluxos e vômitos recidivantes. Nas dificuldades alimentares precoces, quanto mais a mãe responde unicamente no plano da necessidade, mais o bebê recusa o alimento. Uma recusa no plano alimentar, pode traduzir, da parte do bebê, uma tentativa de colocar um limite à intrusão materna. O bebê lembra à sua mãe que ele é um outro e seu comportamento traduz um posicionamento no desejo. Ou seja, ele é ativo na relação e pode-se dizer que toma para si a garantia da função paterna ausente: ao recusar-se, ele põe um limite à onipotência originária da mãe e dispõe, assim, do espaço no qual ele pode advir como sujeito.

“O distúrbio alimentar teria então que ser apreendido como um achado, uma criação sob medida do sujeito recém-nascido, uma maneira de morder, ou não, no circuito pulsional da oralidade” (Couvert, 2020, p. 82).

Na série silenciosa, por outro lado, o bebê se entrega a uma passividade. Esta série é potencialmente perigosa porque os bebês podem passar despercebidos. Um déficit da função atributiva – ausência psíquica da relação, uma mãe imatura ou perturbada psiquicamente, ou ainda, o anonimato dos cuidados em uma instituição pouco atenta – induz o surgimento de sinais de sofrimento da série silenciosa: o bebê não consegue chegar à inscrição significante. Ele se deixa levar a uma passividade e a uma atonia que podem tornar esses tipos de sinais extremamente confortáveis para os cuidadores, confundindo-os como sinais positivos de desenvolvimento.

Os bebês desta série se deixam preencher, sem apetite nem prazer, não importa quando e por quem, sem nenhum investimento da relação. Uma maneira de aceitar tudo, traduzindo uma indiferenciação do laço.

No registro escópico, o evitamento seletivo do olhar exemplifica a série barulhenta e pode ser traduzido como uma *recusa* de olhar. Caso o estado de sofrimento se prolongue, a recusa se generaliza e todo o rosto humano é evitado. “O olhar constitui então, uma referência diagnóstica essencial, é uma ferramenta particularmente preciosa para diferenciar o campo do autismo das psicoses. Ele constitui também um instrumento que opera na direção do tratamento da criança pequena” (Couvert, 2020, p. 111).

Na série silenciosa, encontramos a não fixação do olhar que pode se apresentar como o olhar no teto ou o que se fixa a um ponto luminoso como um *agarramento*. Esses bebês nos dão a impressão de sermos transparentes, quer dizer, de não sermos percebidos. Podem estar ligados às formas de ausência psíquica na relação. Uma outra forma de sinal silencioso é o estrabismo fisiológico e o nistagmo, que persistem no curso do segundo semestre de vida, e depois se fixam.

No terceiro registro pulsional, a persistência dos gritos inarticulados (simples descargas) e a inconsolabilidade são os sinais mais representativos da série barulhenta, que representam tentativas desesperadas do bebê para se fazer escutar pelo Outro. O não estabelecimento da função de apelo faz com que o grito permaneça no puro real acústico, fora de sentido, tanto para o bebê quanto para o entorno; de outro lado, a intricada satisfação da necessidade/satisfação pulsional pode não ser produzida. Assim, não ocorre a simultaneidade do apaziguamento da necessidade (a pura descarga), bem como a experiência de satisfação da pulsão ao ser escutado e consolado pelas palavras do adulto.

Quanto à série silenciosa, a cessação do apelo corresponde ao abandono, pelo bebê, de toda tentativa de se fazer escutar pelo Outro, como o abandono das vocalizações, chegando ao mutismo.

Além dos registros apresentados acima, o sono e o desenvolvimento tônico postural são indicadores da qualidade do laço, ainda considerando Crespin (2004).

A autora afirma que a competência de adormecer e encontrar no sono o repouso de boa qualidade parece estar relacionada a capacidade que o bebê tem de se separar do seu Outro. Quando adormece, ele deixa o seu laço com o mundo exterior e, um recado de que está, portanto, em posição de se ausentar: a representação da presença na ausência deve ser suficientemente elaborada no bebê para que ele possa abordar, com calma, o processo de separação correspondente ao adormecimento, sem que esse processo seja interpretado como um abandono ou uma queda no vazio. A presença do ritmo também está relacionada aos ciclos de sono e vigília. O ritmo é uma das formas de expressão da singularidade do bebê, “o ritmo é a marca da subjetividade, seu sistema, a história de um sujeito através de seu discurso, de sua expressão” (Parlato-Oliveira, 2019).

Na série barulhenta, os distúrbios do sono que apresentam dificuldades para o adormecimento, quer pelo despertar noturno, ou mesmo os despertares com choro intensivo evocando pesadelo, são tentativas ativas para lutar contra o momento de confrontação com a ausência não elaborada, de um puro vazio.

Quanto à série silenciosa, Crespin (2004) elenca a hipersonia - geralmente em períodos de adaptação, quando separado dos cuidadores principais, uma escolha do bebê para se refugiar no sono para se proteger das ausências. Outro sinal de sofrimento psíquico é a insônia calma - bebês que não dormem, não brincam e não apelam. Parecem estar em estado letárgico de ruptura com o mundo exterior.

Acerca do último registro pulsional, encontramos o tônico-postural, no qual o ajuste corporal conduz a um carregar de qualidade (*holding*), um indicador extremamente precioso, pois este registro não transita pelos processos conscientes. Ao ser carregado, todo o corpo do bebê se volta para a voz que lhe fala, já que por conhecer quem lhe fala, ele antecipa ser tomado nos braços.

Couvert (2020) também inclui a dimensão tátil no campo dos registros pulsionais, “no qual o tocar é um possante condutor pulsional” (p. 168). O ato de carregar e de tocar vão oferecer ao bebê a experimentação de um contorno, pontos de apoio, uma ritmicidade, a alternância da presença e da ausência do outro. A autora prossegue e pontua que a pele tem um registro de borda que caracteriza as zonas erógenas, sendo um envelope poroso que permite ao bebê provar uma primeira diferenciação entre seu interior e exterior.

Nos sinais da série barulhenta estão as hipotonias, hipertonus, bem como atrasos motores. A dificuldade de sustentação, por parte dos pais, ou um bebê aparentemente difícil de carregar, pode ser sinal revelador da impossibilidade da criança de relaxar, ter confiança ou de se entregar ao outro.

Couvert (2020) pontua que alguns bebês se enrijecem ou se liquidificam e, assim, se defendem com uma tonicidade que os impedem de serem carregados. Passam a impressão de não deixarem imprimir uma primeira imagem do corpo ou de não aceitarem um envelope corporal.

Por fim, os balanceios são como um sinal de auto ninar e podem ser interpretados como sinais da série silenciosa. Tentativas que o bebê faz, com a ajuda do seu próprio corpo, para assegurar o fio da continuidade psíquica na carência do Outro. Um outro sinal são os “detonadores de estereotipias”, que se instalaram francamente no curso do segundo ano, como por exemplo, os movimentos estereotipados da cabeça ou mãos.

CAPÍTULO IV – INTERVENÇÃO PRECOCE ATRAVESSADA PELA PSICANÁLISE

4.1 Clínica Multidisciplinar

Segundo Bruscato et al. (2004) o trabalho da equipe multidisciplinar visa avaliar o paciente de maneira independente, mantendo seus métodos e teorias em perspectiva e executando seus planos de tratamento como uma “camada adicional” de serviços. As equipes são compostas por distintos especialistas em cada uma das partes do objeto, justapondo os diferentes discursos. Logo, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe e uma identidade grupal.

País (1996) afirma que a multidisciplina tem como propósito unificar o objeto através da superposição dos conhecimentos já produzidos em cada disciplina. Cada um produz a sua interpretação, sem levar em conta aquilo que é interpretado pelos outros profissionais que estão trabalhando ao seu lado. O pressuposto de tal prática é de que é possível dividir o objeto em tantas partes quantas especialidades existam para investigá-lo, delimitando de forma clara as fronteiras entre cada uma delas. Outro pressuposto da multidisciplina é de que esta divisão não modifica o objeto em sua totalidade. Consequentemente, seria possível produzir um conhecimento completo a respeito dele pela simples agregação dos conhecimentos parciais.

Atualmente a clínica multidisciplinar em estimulação precoce para crianças pequenas tem sido representativa do comportamentalismo, no qual os bebês são submetidos a vários estímulos para obter determinadas respostas, no qual se entende que o desenvolvimento advém de automatismos. É uma lógica de reabilitação fragmentada área por área que aponta para a adaptação. São apoiados em um discurso científico de objetivação que baseiam suas ações em critérios psicométricos por meio do qual destacam-se os déficits em detrimento do lugar do sujeito (mesmo o sujeito a advir) e de seu sofrimento.

São múltiplas disciplinas instrumentais que intervém simultaneamente, no suposto de

que sua adição sistemática contribuiria para completar o quadro da normalidade, mas que não atendem à constituição do sujeito, senão que, além disso, o dividem em tantas partes quantas dificuldades se podem detectar. Encontramos algumas crianças com graves problemas de constituição psíquica com as quais sempre se trabalhou área por área na reparação da função lesada produzindo verdadeiros reféns das técnicas em relação às quais o saber dos pais e, portanto, o sentido simbólico da vida de um bebê ficaram acuados. Alfredo Jerusalinsky (1998) nos esclarece:

O que se observava, então, era que essa fragmentação imaginária costumava ter consequências simbólicas. O que corresponde a dizer que a criança, enquanto sujeito, se via confrontada com tantos discursos apresentados em equivalência, que não se constituía nela uma escolha para determinar seu sistema de significações. Tendo em conta, é claro, que diante da gravidade e diversidade dos transtornos manifestos, os pais já haviam vacilado previamente em exercer qualquer saber sobre a criança; muito mais diante do quadro de inúmeros “saberes” ofertados como competentes para fazer frente, um a um, aos males em questão (Jerusalinsky, 1998, p. 36).

Percebe-se o quanto iatrogênicos e desastrosos podem ser os efeitos das múltiplas intervenções que miram apenas no que fracassa em um tempo no qual o Eu, nem sequer em seus primórdios, está estabelecido. O dito popular “de quanto mais estimulação melhor” pode ser na verdade um processo desorganizador. Jerusalinsky (2002) alerta que não é apenas o encontro do órgão sensorial com a cor, textura, forma, barulhos que produzem desenvolvimento e constituição psíquica. “O estimular porque é bom”, sugere que a experimentação ou dessensibilização seriam propiciadoras de desenvolvimento, entretanto, o estímulo somente produz aprendizagem quando está sob rede simbólica.

É por isso que, no trabalho com bebês e pequenas crianças, em lugar de insistir repetitivamente que elas digam o nome das cores que vêem ou das diferentes texturas que

tocam – em lugar de centrar o trabalho de estimulação a acender ou apagar lâmpadas coloridas ou a tocar sons com diferentes alturas-, é preciso que a intervenção clínica articule, em primeiro termo, a referência simbólica desde a qual cada bebê poderá olhar, ler, escutar, saborear as experiências da vida. Antes de ensinar é preciso propiciar a construção de um sujeito que deseje se apropriar e, portanto, apreender (Jerusalinsky & Yañez, 2003).

Por fim, a força centrípeta do ambulatório nos mostra, pelo cansaço, que sempre tende a um estado de conservação dos processos de trabalho de um serviço. No entanto, o serviço também é constantemente interpelado pela insuficiência desse modelo, traduzida na lotação das agendas de atendimentos individuais, dificultando, assim, a realização de um acompanhamento intensivo para os seus usuários. Pensar na coletivização dos processos de trabalho, tanto no que se refere às atividades ofertadas, quanto ao funcionamento interdisciplinar na relação da equipe, pode ser uma aposta para solucionar problemas, apesar dos riscos envolvidos (Lima & França, 2022).

4.2 Clínica Interdisciplinar

O cenário contemporâneo das ciências produz objetos, métodos e arranjos em interface que levam a novas formas de organização, ultrapassando o âmbito de disciplinas estanques e abrindo caminho a perspectivas inter e transdisciplinares.

Piaget (1972) definiu a interdisciplinaridade como a integração recíproca entre disciplinas, produzindo enriquecimento mútuo. E postulou que, longe de ser luxo ou moda, a interdisciplinaridade é “a própria condição do progresso das pesquisas” (p. 156).

A interdisciplinaridade, como um enfoque teórico-metodológico ou gnosiológico, como a denominou Gadotti (2004), surgiu na segunda metade do século passado, em resposta a uma necessidade verificada principalmente nos campos das ciências humanas e da

educação: superar a fragmentação e o caráter de especialização do conhecimento, causados por uma epistemologia de tendência positivista em cujas raízes estão o empirismo, o naturalismo e o mecanicismo científico do início da modernidade. Tem como objetivo a compreensão do contexto presente mediante a unidade de conhecimento, e, para alcançá-la, entre outros aspectos, articula novos paradigmas, entrelaça disciplinas, determina domínios de investigação, constitui linguagens partilhadas na pluralidade de saberes, nas trocas de experiências, nos modos de realização de parcerias. Trata-se de um processo interativo, em que se visualizam ações interligadas num conjunto unificado, isento de visões parceladas, superando fronteiras disciplinares e conceituais resultantes do pensamento clássico; abandonam-se visões compartmentadas originadas no cientificismo e nas ideologias científicas.

A necessidade de romper com a tendência fragmentadora e desarticulada do processo de conhecimento justifica-se pela compreensão da importância da interação e transformação recíprocas entre as diferentes áreas do saber, já que nenhuma disciplina por si mesma pode aportar todos os operadores teóricos necessários. Seu sentido reside na oposição à concepção de que o conhecimento se processasse em campos fechados em si mesmos, isolados de processos e contextos histórico-culturais, como se as teorias pudessem ser construídas em mundos particulares sem uma posição unificadora que sirva de fundamento para todas as ciências.

No campo da infância, a estimulação precoce era uma área exclusiva dos domínios da medicina. Porém, a pediatra Dra. Lydia Coriat, que trabalhava no campo da deficiência intelectual com crianças com síndrome de down, começou a perceber que era importante começar o tratamento ainda na lactânci, pois quando os pacientes na idade de 3 anos chegavam a ela, as famílias já estavam desesperançosas. Assim, ela iniciou a trajetória da intervenção precoce psicanalítica, na qual, desenvolveu uma técnica própria, mas para isso

buscou conhecimentos de outras áreas e estabeleceu um trabalho interdisciplinar:

A vida humana é movida pelos fios do desejo, mas o desejo não vem impresso na bagagem congênita com a qual nascemos. O desejo se constroi. Os passos fundantes de sua construção se dão no tempo da Estimulação Precoce. Aquele que se responsabiliza pelo tratamento de um bebê, saiba-o ou não, está intervindo no tempo no qual o desejo se constroi e, de acordo com o modo como intervenha, irá propiciá-lo ou esmagá-lo para sempre (Coriat, 1997, p. 116).

Assim, podemos dizer que a clínica dos primórdios impôs a necessidade do surgimento dessa especificidade para que, ao intervir junto a esses bebês e às suas famílias, não deixasse de lado a constituição psíquica desses bebês:

Deste modo, o surgimento e a sustentação de uma prática clínica interdisciplinar em estimulação precoce se deu a partir da possibilidade de reconhecer que a intervenção de um bebê com problemas e sua família implicava uma especificidade da qual não havia como dar conta de modo isolado desde os diferentes campos teórico clínicos já estabelecidos, e de que a questão tampouco se resolia por uma justaposição multidisciplinar dos mesmos (Jerusalinsky, 2002, p. 33).

Nesse sentido, o Centro Lydia Coriat sustenta que a interdisciplinaridade não é um polissemia (múltiplos olhares sobre o que a criança necessita) nem uma soma (múltiplas intervenções de especialidades sobre um mesmo paciente), mas sim a escolha fundamentada de um terapeuta para cada criança, o qual será assistido por toda a equipe e orientado por outras áreas sobre questões a elas concernentes. O objetivo do terapeuta único é fundamentalmente de situar a criança como sujeito no desejo do Outro para que ela mesma possa constituir o desejo que a conduza em seu desenvolvimento, inclusive por meio dos obstáculos que sua organicidade possa estabelecer-lhe.

Trata-se de um terapeuta enquanto único agente operativo diante da criança, tradutor

em unicidade da língua falada na diversidade dos discursos técnicos e que se revela portador do que os outros propõem e informam, traduzindo os recursos e passos necessários a língua que a criança é capaz de compreender e nos termos que a transferência em jogo lhe permite registrar. Alfredo Jerusalinsky (1998) resume tal metodologia:

Trata-se de um terapeuta único trabalhando em uma equipe interdisciplinar, guiado por uma transdisciplina especificamente clínica que lhe permite, primeiro, colocar seu saber específico a serviço da situação psíquica na qual a criança se encontra, e, segundo, reconhecendo a cada passo os limites de seu saber, tanto do lado do saber clínico como do lado da subjetividade em jogo. Desta última, ele apenas poderá oferecer lugares vazios de uma escuta, que unicamente os pais e a criança poderão preencher com suas próprias letras (Jerusalinsky, 1998, p. 43).

No mesmo sentido, Coriat (1997) acrescenta:

Ao deixar este lugar vazio, sem pretender preenchê-lo com o conhecimento dos preconceitos (populares ou “científicos”) acerca de como deve ser um Down, deixava-se esse lugar para que esse espaço fosse preenchido de acordo aos desejos dos pais, produzindo uma criança única no mundo (p. 29).

“O título de interdisciplinar pressupõe a insistência de uma falta: atesta, a priori, a impossibilidade e a insuficiência dos modelos teóricos diante da resistência que a clínica oferece à compreensão” (Vorcaro, 1999, p. 42). A interdisciplinaridade compreendida sob a ótica da psicanálise permite esta operação do saber. O conjunto de várias áreas de atuação, que não tem a pretensão de se completarem umas às outras, deixa implícita a falta, e dá lugar ao sujeito atendido.

Trata-se de manter a especificidade de cada área, tornando necessário a cada um dos envolvidos no processo conhecer os fundamentos epistêmicos de cada campo em particular; sair das trincheiras de seu próprio saber para, acompanhado pelo outro (estrano/familiar),

olhar se do outro lado da fronteira, configurando um novo olhar sobre seu próprio campo na medida que se deixa interrogar.

Não se trata de desconsiderar toda a gama de conhecimentos teóricos que fundamentam cada uma das disciplinas que compõem a equipe interdisciplinar. O saber que se coloca tão em evidência neste caso é aquele do inconsciente, que se sabe incompleto e que, por isso mesmo, se põe em movimento. Então o não saber implica que cada profissional da equipe possa se sustentar nessa posição de não tentar tamponar a falta, propiciando assim, que cada sujeito possa falar sobre si.

Como diz País (1996), na prática interdisciplinar “é mister que cada especialista seja capaz de transcender as fronteiras de seus domínios epistêmicos, que seja capaz de abandonar a segurança e o conforto que outorga um saber supostamente adquirido e se arrisque a escutar outros discursos que, só pelo fato de serem pronunciados, questionam e colocam os limites do próprio” (p. 30).

No campo dos problemas do desenvolvimento na infância, as diferentes especialidades que abarcam a articulação interdisciplinar podem ser agrupadas em dois eixos principais – os aspectos estruturais e os aspectos instrumentais do desenvolvimento (Coriat e Jerusalinsky, 1996). A partir deles, torna-se possível abordar o lugar desde o qual cada disciplina irá contribuir para entendermos o desenvolvimento infantil e suas patologias. As disciplinas que se referem às bases que constituem o sujeito, tanto em relação a sua estrutura biológica quanto psíquica constituem os aspectos estruturais do desenvolvimento. Neste eixo, incluímos a neurologia, que aborda a maturação do sistema nervoso, a psicanálise, que trata da constituição do sujeito do desejo, e a epistemologia genética, que estuda a construção das estruturas mentais para o conhecimento. Já os aspectos instrumentais são aqueles que se referem aos instrumentos que um sujeito constitui para interagir com o mundo. Aqui, incluímos a psicomotricidade, as aprendizagens, a linguagem e comunicação, os hábitos de

vida diária, etc. Cada um desses aspectos também é trabalhado por diferentes disciplinas, como a psicomotricidade, a fisioterapia, a fonoaudiologia, a psicopedagogia, e assim por diante.

Na estimulação precoce sustentada pela Psicanálise não tomamos o sintoma no bebê do mesmo modo que a medicina: no real orgânico do seu corpo. Isto não supõe a negação das dimensões específicas (biológica, psicológica e social), mas considera que, para o ser humano, elas integram-se na linguagem. Tampouco consiste em tomar o bebê como objeto a ser adequado, função por função, por meio de técnicas, à demanda social e parental.

A intervenção não ocorre na tentativa de apagar o sintoma ou de corrigir reeducativamente o que ele faz fracassar, uma vez que nas formações do inconsciente está a verdade inconsciente do sujeito. Nessa clínica, o que provém do orgânico só adquire algum sentido a partir de seu enlace com a ordem da linguagem, assim, a função só passa a ser um sintoma do desenvolvimento a partir do momento em que assume uma dimensão subjetiva, constituindo-se enquanto sintoma psíquico **de e para** alguém.

A intervenção do psicanalista se baseia em supor um sujeito, localizando, reconhecendo e também o engajando na concatenação do significante. Isto, Jerusalinsky (2002) chama de intervenção em ato, aquilo que exatamente sustenta a clínica com bebês:

Efetuamos intervenções em ato. Por que em ato? Porque, ainda que a intervenção ocorra sempre a partir do significante, não intervimos apenas pela palavra e com o discurso parental. Não estamos ali como psicanalistas dos pais ou algo parecido. Estamos ali como clínicos do bebê, intervindo justamente na intrincação, engaste e articulação do discurso parental com as produções do bebê. Intervimos sancionando diversas produções do bebê como atos diante do olhar parental, atos que o reposicionem como sujeito a cada uma das voltas do discurso que o sustenta (Jerusalinsky, 2002, p. 110).

No mesmo sentido, Teperman (2005) aponta que não se trata da quantidade de estimulação, mas sim da posição a partir da qual o Outro, agente dos cuidados, provê essa estimulação. A importância está na oferta, não de estímulos, mas de significantes ao bebê. É exatamente o que norteia a sua proposta de que, se algo precisa ser “estimulado”, que sejam os pais em seu saber inconsciente sobre o bebê, em sua possibilidade antecipatória, pois é a partir desse saber que se autorizam a ocupar suas funções. O bebê, por sua vez, ao receber efeitos diretos de uma nova posição ocupada por seus cuidadores, também se mostra mais “estimulante” para estes, facilitando a espontaneidade das relações movidas pelo desejo.

Referindo – se à necessidade de escutar os pais e incluí-los nas intervenções, a autora ressalta que “são eles que podem dizer-nos das marcas que a criança carrega, de suas primeiras inscrições, fundamentais para formularmos a direção do tratamento” (Teperman, 2005, p. 108). Trata-se de uma perspectiva de intervenção que, como podemos ver, não se volta à prescrição de exercícios e não oferece um saber pronto e indiscutível sobre o bebê.

Quando se fala em intervir precocemente, é necessário localizar em relação a que tempo estão as intervenções propostas. A aposta psicanalítica está em um tempo lógico, que conta sempre *a posteriori*, uma vez que as experiências do sujeito só são significadas no só-depois. Por esse motivo, não se pensa em prevenção como uma antecipação de um suposto adoecimento futuro. O que está em jogo na urgência de se intervir o quanto antes, uma vez detectada a presença de entraves para a constituição psíquica, diz respeito à possibilidade de novos arranjos se darem, graças à maior plasticidade e maleabilidade próprias de um aparelho psíquico em formação, de forma a impedir um dano cognitivo decorrente do não estabelecimento do laço com o Outro:

Daí o porque situar a clínica com bebês em um marco interdisciplinar, que vem possibilitar o permanente exercício de interlocução entre as diferentes disciplinas, uma vez que, pelo momento da constituição na qual um bebê se encontra, as

problemáticas levantadas por esta clínica são irredutíveis a apenas uma área de conhecimento (Jerusalinsky, 2002, p. 75).

Na medida em que o trabalho interdisciplinar se processa, alguns conceitos tornam-se fundamentais, pois passam a contribuir de forma a modificar a intervenção de outros campos diferentes daquele no qual se originaram. Estes conceitos são chamados de transdisciplinares. Assim, a transdisciplina é produzida e construída a partir da prática da interdisciplina:

A interdisciplina não se pratica sem perturbações dos corpos teóricos e técnicos, nem dos profissionais que se encontram envolvidos na tarefa. Ainda, nos momentos em que se consegue articular um fenômeno clínico de modo válido para todos as disciplinas atuantes, estamos diante de uma produção epistemologicamente qualificável como transdisciplinar (Jerusalinsky, 1998, p. 44).

4.3 Clínica Transdisciplinar

Para Nicolescu (2000), é difícil precisar o ponto de origem do termo transdisciplinaridade. Segundo o autor, poderíamos localizar em Niels Bohr, no ano de 1955, o primeiro uso da palavra. Todavia, segundo Iribarry (2003), “a fonte mais segura é um documento redigido por Piaget (1972 citado em Japiassu, 1976) em um colóquio da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) de 1972” (p. 485). Nesse documento, Piaget anunciaría a necessidade de se ultrapassar as relações interdisciplinares em direção à construção de uma transdisciplinaridade.

Assim, segundo Nicolescu (1999), “a transdisciplinaridade, como o prefixo trans indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina” (p. 22). Seu objetivo é a compreensão do mundo presente para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento.

Complementando, Darbellay (2011) apresenta a transdisciplinaridade como

reorganização de saberes disciplinares em vista de um objeto complexo, que não se contenta com partilha de saberes e necessita de um sistema de fronteiras flexíveis entre disciplinas.

Segundo Silva (2007), o *Manifesto da transdisciplinaridade* estabelece como alvo crítico o processo de fragmentação do conhecimento, as falsas dualidades como sujeito/objeto, subjetividade/objetividade, matéria/consciência, natureza/divino, simplicidade/complexidade, reducionismo/holismo, diversidade/unidade, com o reconhecimento da existência de complexas pluralidades no mundo da vida.

O trabalho clínico, a pesquisa e todas as questões do laço social, nos convocam, o tempo todo, a produzir novos estudos e processos de trabalho com as crianças. O singular do humano não é mais matéria de um só grupo, espalha-se para os campos outrora rígidos e universalistas. Freud (1925/1976) coloca a psicanálise em um “entre-lugar”. Sua preocupação era não permitir sua submissão à medicina e à psiquiatria. É justamente essa subversão de fronteiras e a integração de saberes, o que marca o caráter transdisciplinar da psicanálise.

Quanto a isso, Birman (1993) ressaltou que “esse diálogo entre a psicanálise e outras modalidades de saber somente é possível de ser realizado numa perspectiva transdisciplinar, onde os diferentes saberes reconheçam os limites de seu campo conceitual” (p. 32). Dessa forma, não se trata de fazer justaposições simplistas de conceitos, mas de propiciar uma cuidadosa articulação entre esses campos de saberes, visando às necessárias suprassunções de alguns conceitos ou à criação de outros.

Na clínica com crianças, a psicanálise tem contribuído com alguns importantes conceitos que atravessam transdisciplinarmente a prática terapêutica. A partir daí, é possível estabelecer a posição ética que permite que a constituição do sujeito seja levada em conta na direção do tratamento, qualquer que seja a especialidade em questão. Caminhamos, mesmo que não seja na velocidade desejada, para consolidar a transdisciplinaridade como um lugar

possível de produção de saber, e não mais como uma utopia.

CAPÍTULO V – CASOS CLÍNICOS

5.1 Chorona

Ainda que eu pague

Com a vida, chorona

Não deixarei de querer-te

Não deixarei de querer-te...

Elena³, 1 ano e 8 meses, reside com sua mãe, Amélia, 39 anos, o pai, Hector, 32 anos, e sua irmã, Inês, 6 anos. Dentro da rotina familiar, a mãe é a cuidadora das crianças e do lar, o pai trabalha como servidor público em período integral e sua irmã frequenta a escola pública.

O profissional que a encaminhou, proveniente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), suspeitava de doença neuromuscular como principal diagnóstico. Essa hipótese ocasionou o encaminhamento também para o Hospital da Criança para realização de exames de imagem e investigação genética, cujos resultados não apresentaram alterações.

O primeiro encontro com Elena ocorreu em junho de 2023 no Centro Especializado em Reabilitação (CER) II em Taguatinga, região administrativa do Distrito Federal. Este serviço é um ponto de atenção ambulatorial do SUS especializado em reabilitação física e intelectual e que realiza avaliação, orientação, acompanhamento e estimulação precoce a pessoas com deficiências, visando sua maior autonomia (Brasil, 2023). O encaminhamento de um bebê e/ou criança, que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, acontece após a hipótese de síndromes genéticas, lesões neurológicas, prematuridade e sinais e sintomas que escapam aos parâmetros da faixa etária, como atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, sem causa orgânica definida.

³ Nomes fictícios relacionados ao filme *Viva: A vida é uma festa*.

Como queixas principais, os pais trouxeram as dificuldades na alimentação, como: engasgos e seletividade alimentar, atraso no desenvolvimento motor, fraqueza muscular e quedas frequentes, não apropriação da linguagem oral, dificuldade de interação social com pessoas de fora do seu núcleo familiar, além de comportamentos auto e heteroagressivos, direcionados à sua mãe, quando frustrada ou exposta a novos ambientes.

Sobre a história pregressa, a gestação não foi planejada, após o falecimento repentino de um tio paterno. Segundo Amélia, “para o meu marido, foi um consolo”. A família não apontou intercorrências durante o período perinatal. Elena nasceu a termo de parto natural, Apgar 8/9 e peso 3035g. O desenvolvimento seguiu seu curso sem preocupações até o sexto mês de nascimento e, a partir desse marco, perceberam dificuldades no desenvolvimento, comparado ao da primogênita. A criança parou de ganhar peso, sentou aos 11 meses, engatinhou aos 12, ficou de pé com apoio pela primeira vez com 1 ano e 3 meses, sugerindo, assim, uma hipotonia importante.

Sobre seu histórico alimentar, Amélia relatou que Elena foi amamentada até os 3 meses, o que evoluiu para um desmame abrupto após seu “leite secar”, dando início à alimentação por meio de fórmula infantil. Na introdução alimentar, a criança aceitou uma variedade de frutas e legumes, demonstrando preferência por alimentos sólidos e íntegros à pastosos. Ao longo dos meses, esse repertório alimentar diminuiu drasticamente. No acolhimento, os familiares relataram uma seletividade alimentar importante: nas refeições Elena aceitava apenas macarrão, frango e brócolis, sem a variação de texturas, o modo de preparo e o corte dos alimentos.

Devido às dificuldades e engasgos na alimentação, Elena realizou o exame videodeglutograma, que permite avaliar o paciente enquanto engole líquidos e alimentos com contraste para entender melhor as queixas de disfagia (Lais et al., 2021). Segundo avaliação da fonoaudióloga, o laudo evidenciou lentidão do bolo alimentar na fase esofágica e

descartou a suspeita de que as estruturas orofaciais e faríngea poderiam causar a frequência dos engasgos.

Após o acolhimento, avaliamos o laço entre a criança e seus cuidadores. No discurso dos pais, notava-se que se falava *da* criança, queixava-se dela, mas não se falava *com* ela! Em relação ao item 2 do IRDI, relacionado ao “manhês”, não presenciamos nenhum tom de voz particular dirigido à criança. Notamos a ausência do item 9 (a mãe ou cuidador fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases), permanecendo um vazio, um silêncio entre a diáde, quebrado exclusivamente pelas terapeutas.

No corredor de espera, enquanto aguardava ser chamada para o acolhimento, Elena brincava e gargalhava com Inês, porém, ao ver a porta da sala de atendimento abrir e ouvir seu nome ser chamado, a criança chorava e, gritando, agredia a sua mãe. Quando o olhar das terapeutas encontrou o seu, Elena desesperou-se, de modo que as profissionais evitaram manter contato visual, importante fonte de sofrimento e invasão. Ainda durante o acolhimento, sem o olhar direto e a proximidade das profissionais, Elena conhecia os brinquedos permanecendo em estado de alerta. Observamos que, inicialmente, a criança estava em pé, apoiando em uma mesa e, perdendo a força, finalizou o brincar sentada em *W-sitting*⁴. A participação de Inês ao brincar no *setting* terapêutico foi utilizada como parâmetro fundamental de lugar seguro para que Elena pudesse explorá-lo.

Elena expressava nitidamente sinais de sofrimento pela invasão do olhar do Outro e recusava qualquer pessoa em posição terceira, parecendo fragmentar-se. Mostrando-se transgredida e violada, descontava no corpo de sua mãe a angústia que a transbordara, denotando, assim, uma fusão de corpos; elas pareciam *Um*. Diante dos sinais importantes de sofrimento, a equipe optou pelo segmento em atendimento interdisciplinar com psicóloga/psicanalista e terapeuta ocupacional.

⁴ Termo que refere-se à postura assumida pelas crianças quando se sentam no chão com as pernas posicionadas no formato de um “W”. Pode ser uma posição preferida por crianças com hipotonia.

Na segunda sessão, o choro cessou diante das profissionais e o colo da mãe mostrou-se um lugar de proteção, como “**um envelope assegurador**”, [ênfase adicionada] favorecendo a mediação com os brinquedos. As funções corporais passam a representar algo da relação com a mãe e os objetos passam a representar o amor desta mãe. A criança se dirige à mãe, demandando-a, não visando somente o objeto, mas a verificação do amor materno (Infante, 2000). Por meio da ludicidade do brincar, Elena aceitou a aproximação gradual, incluiu-se na brincadeira, realizou vocalizações e, ainda insegura, permitiu distanciar-se de sua mãe indo em direção a um escorregador do outro lado da sala. Os pais então se espantaram e relataram: “é o primeiro local em que ela fica tranquila”.

Podemos observar o estreitamento do vínculo da criança com as terapeutas a partir da suposição do sujeito: “Ah! Eu gosto de ficar bem guardadinha no abraço da minha mamãe” (SS), e do estabelecimento de demanda (ED): “Será que você está brava porque a mamãe deixou outras pessoas se aproximarem de você?”. Elena, em poucas sessões, estabeleceu e sustentou o contato visual, vocalizou na tentativa de realizar um discurso, mesmo com a fala ininteligível, imitou expressões, manteve a atenção compartilhada e permaneceu engajada nas brincadeiras.

O bebê busca “se ver” no olho da mãe e um dos nossos objetivos era uma operação de “falicização”⁵, fundamental para que a criança tivesse acesso a um primeiro imaginário, fundador de sua inscrição narcísica, ou seja, a posição de *His Majesty, the baby*⁶. Dessa forma, a criança toma posse do investimento que lhe é dirigido e os pais podem se identificar com o nosso olhar desejante à criança:

⁵ “A falicização transforma o objeto da demanda (aquele que é possível pedir, demandar) em objeto do desejo (aquele cuja falta faz desejar). Lacan afirma que a vida psíquica é marcada, muito cedo, pela perda e pela busca do objeto perdido. Ou seja, alguma coisa sempre falta ao bebê, há um lugar vazio, e ele o preenche identificando-se imaginariamente com o objeto que se supõe faltar à mãe, que é o falo, o significante de uma falta. Ao se fazer objeto de desejo do Outro materno, o bebê está determinado pelo significante primordial (S₁), ser o objeto de desejo da mãe, adentrando na operação de Alienação, imprescindível para a constituição do ser falante (Lacan, 1956-57/1995).

⁶ *His Majesty The Baby*: Em "Introdução ao Narcisismo", trabalho de Freud de 1914, o autor se refere à criança como sendo "sua majestade o bebê".

É possível ajudar o bebê modificando o olhar da mãe: como o olhar é um efeito de palavra, quer dizer essencialmente um trabalho de representação, que pode ser modificado por meio de trocas com ela, tanto pelas palavras do terapeuta, quanto pelas palavras que a mãe é convidada a dizer sobre as dificuldades que encontra com o seu filho (Crespin, 2004, p. 60).

Perguntamos sobre as canções preferidas de Elena e Amélia relatou que a criança gostava exclusivamente da música Chorona, do filme *Viva: A vida é uma festa*⁷ (Molina & Unkrich, 2017). A canção só podia ser cantada pela irmã e pela assistente virtual, a caixa de som inteligente. Durante este relato, Elena adormeceu no colo de sua mãe, parecendo entrar no jogo do significante morte que se repetia na trama familiar (morte do tio, escolha do filme e música, sinais de sofrimento da série silenciosa). Em seu corpo, com a sua hipotonia, transmitia também a passividade diante da vida, exprimia o fato de que seu corpo era objeto do gozo do Outro.

Elena era uma bebê muito calma, “não dava trabalho”. Onde era colocada, permanecia sem demandar. Dormia por longos períodos, caracterizando uma hipersonia. Não chorava nem mesmo quando estava com febre ou fome. Certo dia, a irmã deixou cair um brinquedo na cabeça da bebê, que sequer reclamou, contou Amélia. Crespin (2004) apontou a característica dessa série silenciosa de sofrimento, como se o bebê estivesse entregue à onipotência primordial, sem se manifestar. Parece corresponder ao abandono de toda reivindicação a um desejo próprio e diferenciado: “Compreendem muito rápido que eles não têm nada a pedir nem a esperar do Outro, e aceitam passivamente o que lhes vem, se sustentando de modo eficaz nos métodos autocalmantes” (p. 56).

Fazendo contraponto ao significante morte da trama familiar, indagamos sobre a comemoração do primeiro ano de vida de Elena. Sorrindo, Amélia informou que não

⁷ História com inspiração no feriado mexicano do Dia dos Mortos, em que um garoto de 12 anos (Miguel) acidentalmente é transportado para a terra dos mortos, na jornada para descobrir a verdade por trás da história familiar.

lembaram do aniversário, com a justificativa de que havia uma consulta médica no mesmo dia. A busca pela patologia ganhou o presente em detrimento do sujeito e da subjetividade. Em seguida, errou a idade atual da filha e, após ser indagada acerca da data de nascimento, lembrou-se assustada que o aniversário de dois anos seria em alguns dias.

Para Hector, Elena já era considerada “uma criança especial”. “Ela é especial?”, indagamos, tentando “fazer furo” nesse discurso absoluto, na expectativa de abrir possibilidades para que ela seja tomada no discurso como uma filha especial, desassociada do significante deficiência. Ele respondeu: “sim, temos outros especiais/autistas na família. Já estamos separando uma reserva financeira para buscar o melhor tratamento para o autismo, após o diagnóstico”. Nesse momento, percebemos o diagnóstico como um destino definitivo e, até o momento, inquestionável. Os comportamentos denotavam a certeza da família no diagnóstico, fechando, assim, a possibilidade da manifestação da criança enquanto sujeito diante de suas necessidades, interesses e subjetividade, justificando comportamentos unicamente por meio dos sinais de uma patologia.

Diante dessa inquietude, a família relatou: “estamos ansiosos com a consulta neurológica, afinal, confirmaremos logo o diagnóstico”. Esclarecemos aos pais que, no nosso trabalho, não buscamos o diagnóstico na primeiríssima infância, uma vez que o sofrimento apresentado pela criança é um indicativo suficiente para o acompanhamento interdisciplinar. Para Teperman (2005), adotando essa conduta, é possível auxiliar os pais a lidarem com a questão da diferença do bebê, resgatando o desejo obstaculizado pelo diagnóstico e atenuando, desse modo, seus efeitos iatrogênicos na constituição da criança.

O rumo do diagnóstico é o prognóstico, situado como saber profetizador. Uma realidade com aspecto de verdade é criada pelo diagnóstico e, articulada ao prognóstico, produz uma relação de determinação entre as manifestações da criança e o nome de sua síndrome ou patologia. Sob o efeito do ato diagnóstico, o sujeito dificilmente será

considerado responsável por suas manifestações ou sintoma, que deixam de ser tratados na ordem do significante, porque passam a ser dominados pelo significado proveniente do saber médico (Maesso, 2014).

A ascensão da neurociência, as mudanças das categorias nosográficas, o questionamento da Psicanálise enquanto ciência e a pressão da indústria farmacêutica refletem o jogo de forças políticas e sociais na experiência da infância na contemporaneidade. Com isso, a patologização e medicalização ancoram as muitas e falsas epidemias diagnósticas, convocando a acreditar que a base orgânica torna o destino inquestionável.

Partindo da premissa de Gisela Untoiglich (2019), os diagnósticos são suposições e devem ser escritos a lápis na infância. Jerusalinsky (2002) ressaltou que os processos orgânicos, como a migração neuronal, encontram seu ápice entre os oito e os dezoito meses de idade e dependem substancialmente das experiências infantis primordiais, da introdução do sujeito no universo da linguagem. Szejer (2016) também fez provocações diante da busca por diagnóstico: “Qualquer classificação fixa a situação, pois os adultos podem não esperar nada mais da criança além da confirmação da patologia. É o grande defeito das classificações psiquiátricas, tais como são concebidas atualmente, em uma versão administrativa da medicina” (p. 68).

Segundo Campos et al. (2020), os diagnósticos na infância exigem uma leitura crítica. A aposta em utilizar o IRDI é a de uma “despatologização” diagnóstica, pois sua lógica é a de deslocar o discurso do diagnóstico para a singularidade do caso a caso.

A lógica de “quanto mais estimular, melhor” tem prevalecido nas agendas e rotinas terapêuticas. Alguns métodos, que sublinham a função que fracassa, ou seja, que focam nos atrasos do desenvolvimento, exigem 20h semanais de terapia como uma maneira de compensar o tempo perdido. Diante disso, a mãe nos indagou “como a bebê vai conseguir fazer a soneca no meio da manhã?”.

Os relatórios de encaminhamentos são um forte exemplo do sufocamento da subjetividade, na medida que solicitam técnicas adaptadas à patologia e não ao sujeito que carrega marcas da sua história e singularidade. Os pais, que em grande parte estão cindidos do acompanhamento, deixados na sala de espera, na verdade são fundamentais na articulação do laço com o bebê. Eles possuem um saber sobre o próprio filho, são agentes da transmissão transgeracional e fornecem as coordenadas simbólicas e não simbolizadas da história. À vista disso, no humano, a relação com o Outro é decisiva, condição *sine qua non* para a constituição psíquica.

A norma atual parece ser diagnosticar e depois mudar, se esse for o caso. Tem-se pressa pelo fechamento do diagnóstico, o que pode resultar em um aprisionamento da criança nos manuais, como CID e DSM, Classificação Internacional de Doenças e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, respectivamente. A criança como sujeito deixa de ser um enigma: o “quem é meu filho?” desaparece. Ele se torna um estranho. O diagnóstico na primeiríssima infância retira da criança o pertencimento na família de origem e a leitura dos seus comportamentos é atravessada pelo viés da patologia: “Dra., não sei se ele faz isso por conta da fase ou do autismo”. A criança é tomada como objeto em sobreposição ao apagamento do sujeito.

Em contraponto, a Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente – CFTMEA (Misès, 2018) apresenta uma nova configuração para crianças cujo desenvolvimento parece apresentar zonas de vulnerabilidade ou de fragilidade, suscetíveis de engajá-las em um funcionamento de tipo autístico ou psicótico. Esta classificação nasceu em 1987 da oposição dos psiquiatras franceses a alguns dos conceitos e critérios da terceira edição do DSM, abarcando o princípio de que os sintomas não devem ser confundidos com sinais. A história pessoal e familiar do paciente precisa ser ampla e profundamente explorada e o encontro com o paciente nunca deve ser transformado em um simples recenseamento de

dados considerados como “objetivos”.

Nessa perspectiva, os sintomas como evitamento do olhar, insônia precoce (sem apelo diante da presença do adulto), anorexia primária grave ou transtornos graves de oralidade, evitamento ou retraimento relacional e transtorno do tônus podem estar relacionados ao item “B1 – Bebês com risco de transtornos graves do desenvolvimento”. Este item encontra-se no Eixo I: bebê (0 a 3 anos), que apresenta a psiquiatria do bebê, a psicopatologia precoce centralizada no laço entre o bebê e o adulto que lhe dispensa os cuidados, ou seja, o meio relacional da criança. Assim, fatores e condições do meio ambiente devem ser considerados nas demandas, ou não-demandas, que a criança apresenta.

Passamos a perceber que Elena ocupava um lugar de filha estranha, e a sensação ganha força ao escutar seus pais: “Ela só fica bem aqui, com vocês; ela só dá tchau (mão acenando) para vocês”. O distanciamento relacional torna-se palpável a cada relato: “Ela tem sensibilidade com texturas... A gente faz alguns testes com ela de vez em quando para ver a reação, como colocar uma fruta à força em sua mão”. Elena é marcada por ser “aquela ali”, e seus limites são invalidados por testes com demandas vazias dirigidas à criança.

Amélia e Hector, na busca por alcançar comportamentos desejáveis da filha, tentam recriar o *setting* terapêutico em casa: “Compramos um escorregador, bolas e tapete de EVA igual ao da sala para ver e parece que ela está brincando mais”. A presença do outro é substituída pela maior quantidade de brinquedos disponíveis, gerando, assim, a sensação de maior independência da criança e o silenciamento do “vamos brincar juntos?”.

Bartie et al. (2016) observaram em seu estudo que as crianças não precisam de brinquedos para realizar um brincar simbólico. Por outra via, conceberam que a criação de oportunidades para o brincar é fundamental e a falta desta oportunidade gera um brincar restrito e empobrecido. No imaginário familiar, as evoluções apresentadas pela criança estão ligadas aos recursos materiais da sala, e não pela transferência entre

paciente-família-terapeutas.

No caminho da maior independência, a neuropediatra orientou que a criança fizesse a maior parte de suas Atividades de Vida Diária (AVD) sozinha, denotando que a autonomia aos 18 meses equivaleria à melhora no desenvolvimento da criança. Entretanto, Lerner (2011) destacou que nas psicoterapias mãe-bebê, as vias de construção do espaço de separação entre as duas partes devem ser precedidas pelo restabelecimento da qualidade da presença materna, isto é, da construção de experiências de prazer que permitirão ao bebê iniciar o processo de representação e simbolização da ausência na presença.

Lawlor (2003) enfatiza a natureza social do bebê/criança e foca sobre a necessidade e qualidade das relações para a constituição dentro dos respectivos contextos. Desse modo, a intervenção precoce descrita nesse estudo buscou apontar as nuances do sujeito em constituição, apostando nas ampliações das disjunções entre olhar e visão, olhar e ser olhado, barulho e eco, som e silêncio, palavra e significante, letra e imagem (Fernandes, 2018). É neste mesmo entrelaço que se concebe uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor (Peruzzolo & Souza, 2015) na clínica com bebês, a partir de conceitos como função materna e função paterna, esquema corporal, imagem corporal e psicomotricidade, de modo a considerar a singularidade da interpretação dos sintomas psicomotores como anúncios do bebê sobre si e sobre o outro, pautados nas relações familiares.

Em dada sessão, Elena brincava que fugia de um caminhão que a perseguia fazendo barulho de motor e buzinando. Externalizando gargalhadas, ela buscava por um lugar que a protegesse deste caminhão. Em primeiro instante, Elena correu em direção a Amélia que, de braços cruzados, manifestou: “eu acho que ela está com medo do barulho”. Em seguida, após encontrar o vazio na presença da mãe, Elena correu em direção ao canto da sala, não usando mais sua presença como um recurso e, sorrindo, observou o caminhão de longe. A falta de oportunidades para o brincar compartilhado e a dificuldade de Amélia em investir na

qualidade da relação mãe-filha nos provocou um alerta. Essa sessão nos remeteu aos itens 5 e 11 do IRDI, acerca das trocas de olhares e busca ativa do mesmo como certificação da presença do cuidador. Podemos perceber que o olhar, como sustentador e assegurador do laço, estava fragilizado.

No que tange à alimentação, a preocupação com o peso de Elena era tema recorrente e Amélia dizia ter dó da filha ao ver suas costelas e – imediatamente, associamos com a personagem do filme. Ao fechar a boca enquanto puro orifício real da alimentação, o bebê tenta convocar o Outro a sustentar o objeto em sua dimensão libidinal. É um movimento no sentido de afirmar a existência do sujeito, além de seu corpo real. A anorexia traz a questão da devoração, do temor de ser engolido pelo Outro enquanto puro objeto (Bernardino, 2006).

Certa sessão, a criança nos ofereceu a mamadeira da boneca e puxou a blusa da mãe. Pontuamos que ela queria olhar o seio materno. Elena então irritou-se e jogou o corpo para trás. O bebê incorpora, junto com leite, também o olhar e voz da mãe. Não somente a boca é alimentada, mas os ouvidos, os olhos, a pele. Aos poucos, no processo de desmame, o bebê vai substituindo o seio e o corpo a corpo com a mãe pela voz e olhar, o que foi tão difícil para Elena. Diante de um desmame abrupto, podemos perceber uma falha na alternância presença e ausência, que torna difícil a substituição do objeto, bem como a constituição de um campo imaginário protetor da relação com a realidade (Bernardino, 2006).

Almeida (2018) observou em seu estudo as relações pais-bebês e relacionou aos sintomas apresentados como problemas na alimentação infantil alguns fatores facilitadores como, por exemplo, a capacidade dos cuidadores de acompanhar o ritmo do bebê, as transições graduais, o investimento emocional comum atribuído à questão alimentar, o apoio e o respaldo à figura materna. Relacionou também alguns fatores complicadores na superação das dificuldades alimentares, por exemplo, uma gravidez, parto e pós-parto conflituosos, sobrecarga emocional, tensão e/ou falta de suporte nos relacionamentos familiares, tendência

do bebê à autossuficiência e a utilização do alimento como resposta imediata a qualquer desconforto da criança.

Bernardino (2006) destacou uma relação óbvia entre desmame e luto, na medida em que há um luto para a mãe por perder esta relação real, corpo a corpo com o seu bebê. Um luto também para a criança, que, além da renúncia que terá de fazer desse objeto real recortado do corpo do Outro primordial, terá de abandonar o objeto que ela mesma é para o Outro – boca – e buscar um novo ponto de identificação. Caso não haja a identificação com o gozo erógeno, verifica-se um objeto oral reduzido à sua função alimentícia, uma remissão psicotizante ao real.

Rosine Debray (1988) referiu-se a este período do desmame como um período frágil para a mãe, pois “reativa angústias de separação, até mesmo de abandono, que podem produzir uma passagem depressiva que o bebê não deixará então de sentir, por sua vez, com uma eventual repercussão em seu comportamento alimentar” (p. 99), o que sugere ter ocorrido com Amélia e Elena, acarretando atuais dificuldades de interação social e alimentares.

Prosseguindo com as sessões, a mãe narrava as novidades da semana: “Só não fala mamãe, ainda, mas já fala vovó”, “Quando acorda de madrugada grita papai”. As vocalizações do bebê correspondem ao tempo lógico da operação de alienação à musicalidade da fala materna. Catão (2009) pontuou que a presença do balbucio ou lalação testemunha o tempo lógico da operação de separação. A autora afirmou que vocalizações e balbucios endereçados têm valor constitutivo e que não são um mero exercício sonoro, mas um exercício de voz (de sujeito).

Elena apresentava uma linguagem própria, parecia fazer oposição à língua materna. Tal manifestação era nomeada pelo pai: “parece um macaquinho”, denotando uma associação animalesca e distante da humanização que buscávamos. A direção do nosso trabalho era

promover Elena ao estatuto de sujeito falante, supor o que falava buscando o contexto do que estava sendo dito por sua mãe, sempre por meio da prosódia particular, o *manhês*. Haveria nesta prosódia, empregada por aquele que está em função de Outro primordial, uma dimensão irresistível de invocação. É fundamental que o Outro tome os sons e palavras como particularmente endereçados e que suponham um valor de mensagem, desdobrando em construções e narrativas. A mudança no olhar do Outro primordial pode deflagrar, via desejo do analista, todo o movimento pulsional (Laznik, 2004).

A satisfação pulsional consiste no fechamento de um circuito completo em três tempos: ativo, reflexivo e passivo. O primeiro tempo – ativo – é aquele em que a pulsão vai em direção a um objeto externo; o segundo tempo – reflexivo – aquele no qual ela retorna ao próprio corpo, e o terceiro aquele no qual, passivamente, faz-se objeto da pulsão ativa de um outro/Outro (Freud, 1914/1980). Trata-se de que a pulsão complete esse trajeto. Elena sempre estava a chupar o seu dedo, usando o seu corpo como objeto de satisfação. Couvert (2020) destacou que “é precisamente o pequeno algo do Outro que o bebê busca encontrar por ele mesmo, retirando dessa vez de seu próprio corpo” (p. 92). A autora afirmou que o operador deste segundo tempo pulsional é o registro da separação ou de corte.

Laznik (2013) pontuou que o segundo tempo do circuito pulsional pode ser completamente enganador, como acreditamos acontecer com Elena. O ato de sugar o dedo representa uma relação de auto sensorialidade calmante e não se pode afirmar a dimensão autoerótica, pois o terceiro tempo do circuito pulsional não está presente em outros momentos: “Só podemos falar de um verdadeiro autoerotismo se a dimensão de representação do Outro, e mesmo do seu gozo, se inscreveu sob a forma de traço mnêmico no aparelho psíquico da criança” (p. 29). A autora afirmou que se espera do terceiro tempo o prazer compartilhado, do *se fazer* comer pelo outro, para o qual ele *se faz*, ele próprio, objeto. É esse assujeitamento que visa fisgar o gozo desse Outro, provedor dos significantes. Um dos

clássicos exemplos é o bebê oferecer o pezinho para a mamãe comê-lo, constituindo um jogo particular, enquanto a mãe comenta o valor gustativo do que lhe é oferecido. Amélia traz relatos de que a filha está começando a armar essa brincadeira em casa. No plano clínico, a ausência desse terceiro tempo é indício do fracasso da instauração de uma estrutura de personalidade, que é central para o funcionamento do aparelho psíquico.

Frente à ação da criança diante de uma atividade estruturada, ou brincar simbólico, Jerusalinsky (2014) falou sobre os jogos constituintes do sujeito, que são precursores do brincar simbólico e que se produzem nas primeiras circunscrições de um litoral entre gozo e saber, nas criações produzidas no laço mãe-bebê. Por esses jogos de litorais serem constituintes do sujeito, eles ocupam um lugar primordial na clínica da infância, seja com bebês, seja com crianças que não chegaram a realizá-los. Assim como o pequeno Ernest⁸, que começa a brincar de *Fort-Da*, brincadeira que é lida como um marco inicial para o brincar simbólico e um salto estrutural na posição da criança perante ao Outro, Elena deu início a esta brincadeira quando, diante de um trenzinho interativo com animais de cadê/achou, batia a mão escondendo os bichinhos (*Fort*: foi embora), e os procurava, explorando os mecanismos do brinquedo para o animalzinho aparecer (*Da*: aqui está). Neste momento, na oportunidade do brincar, Elena estabelece uma série articulada de presença-ausência, remetendo ao terceiro eixo fundamental apresentado pelo IRDI.

No encontro gerado entre sujeitos em *setting* terapêutico, a acolhida nos traz meios para o nascimento do vínculo, carregando aspectos dimensionais da corporeidade, dos sentidos, das percepções, da escuta, das experiências culturais e de vida, que irão conferir uma qualidade na relação terapeuta-paciente (Cavalcanti & Galvão, 2007). E, neste processo, a função de *holding* é importante no amparo e sustentação exercidos pelos terapeutas. A existência deste lugar, que torna o sujeito singular, constituiu um espaço passível de

⁸ Neto de Freud (1920/2010), mencionado no texto *Além do princípio do prazer*, que produz um cenário dentro de seu brincar que permite a Freud importantes reflexões.

encontros, de descobertas e ascensão de potencialidades, como possibilitou a Amélia ao perceber uma criança para além dos sintomas: “eu tô conhecendo o jeitinho dela”.

Na oportunidade do brincar e no encontro com o Outro, Elena pôde andar e experienciar o ambiente, em seu ato literal. Começou a dar os primeiros passos após um mês de acompanhamento. Passados três meses, andou sem apoio e aventurou-se ao escalar os móveis de casa. Seus movimentos foram transformados em demandas. Permitiu ser olhada e buscar o olhar do Outro, explorou suas potencialidades e buscou ativamente o fortalecimento da relação mãe-filha. Concomitante à expansão socioemocional e psicomotora, Amélia relatou aumento de seu repertório alimentar, demonstrando interesse espontâneo por novos alimentos, de suas intenções comunicativas, sinalizou seus interesses com o apontar e, pouco a pouco, tem assentido receber afeto pelo toque físico dos seus familiares.

A evolução da criança foi narrada pela sua família que, no entanto, persistiu na dinâmica de apontar suas dificuldades, como o não interesse da criança pela aproximação com a família extensa e desconhecidos, a dificuldade de se relacionar com outras crianças, comportamentos rígidos e ditos estereotipados, como girar no próprio eixo, além dos comportamentos heteroagressivos. Estão sempre achando algo estranho na criança, uma estranheza que podemos entender como ausência de sentido, ausência de interpretação, fragilidade no desejo por ela.

Finalizamos com dois principais acontecimentos em uma mesma semana. Um dia, Elena foi diagnosticada com CID – 10: F84 (Transtorno do Espectro Autista) por uma neuropediatria de outra instituição, notícia que a família recebeu sem surpresa, exprimindo: “nós já esperávamos”. Em contraponto, no dia seguinte, oferecemos uma festa de aniversário de dois anos, comemorando, especialmente, o nascimento do sujeito diante dos nossos olhos, que verbalizou “mamãe” para o espanto dos familiares. Apostamos que esse enunciado (mamãe) seja escutado pela mãe como apelo, iniciando uma nova “nutrição” de significantes,

introduzindo Elena no mundo simbólico, permitindo inclusive que sua boca e postura corporal possam assumir suas funções a partir de rearranjos do circuito pulsional.

5.2 O down

Em junho recebi o convite da fonoaudióloga para acompanhar de forma interdisciplinar Daniel, de 01a4m, e sua mãe, Maria. Eles estavam em acompanhamento com ela desde março, pois a criança tinha como alimentação exclusiva uma mamadeira de fórmula Nestogeno com Mucilon. Água, frutas e outros alimentos não eram aceitos. Ele não os engolia, acumulava colheradas na boca e depois cuspiam. Havia relatos de vômitos constantes.

O resultado da radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno não evidenciou alterações. O deglutograma confirmou o REE – refluxo gastroesofágico – e a pediatra suspeitou de APLV (alergia à proteína do leite de vaca), encaminhado também ao imunologista e alergista.

Na avaliação, a colega fonoaudióloga ofereceu banana, mas a criança se esquivou do cheiro, tocou num pedaço, mas logo jogou fora e cuspiu o pequeno volume ofertado, chorando em seguida. No transcorrer dos atendimentos, ela acreditava não se tratar de disfagia, mas de recusa alimentar, o que motivou a minha presença nas sessões.

É o terceiro filho de prole de três (26 anos e 09 anos), nascido de parto cesárea, pré-termo tardio (36 semanas) por trabalho de parto prematuro sem causa aparente, *Apgar* 7/8 e peso de 2090g. Nega intercorrências na gestação.

No nosso primeiro encontro, após algumas faltas por adoecimento da criança, a mãe disse que o filho tinha 10 dias de vida e corrigiu dizendo que ele estava tomando antibiótico há dez dias. É justamente na acepção de “fenômenos lacunares” que Freud denota as formações do inconsciente:

Tropeço, desfalecimento, rachadura. Numa frase pronunciada, escrita, alguma coisa se estatela. Freud fica siderado por esses fenômenos e é neles que vai procurar o inconsciente. Ali, alguma outra coisa quer se realizar – algo que aparece como intencional, certamente, mas de uma estranha temporalidade. O que se produz nesta hiância, no sentido pleno do termo produzir-se, se apresenta como um achado. É assim, de começo, que a exploração freudiana encontra o que se passa no inconsciente (Lacan, 1964/1985, p. 30).

A partir desse tropeço, peço que me conte acerca da gravidez e parto. Após o nascimento, a mãe, na tentativa de conhecer o filho, lembra-se de ter visto somente a “abertura da coluna”. Levaram-no às pressas para a incubadora, sendo transportado para outra instituição a fim de ser submetido à cirurgia de emergência. A criança apresentou mielomeningocele e Maria relembra que as duas ecografias morfológicas não identificaram a malformação congênita da coluna vertebral. Após a alta materna, ela pôde finalmente conhecer o filho e descobriu a síndrome de Down, outra condição não diagnosticada na gravidez. Houve necessidade de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva) por 26 dias e oxigenoterapia prolongada.

Comumente, nos partos a termo, a mãe recebe o bebê em seus braços para apresentá-lo ao pai, que geralmente é grato a ela por ter gestado e dado à luz o produto de amor e criação do casal. Maria estava sozinha no momento do parto e Daniel precisou de uma intervenção de emergência em outro hospital, trazendo um obstáculo à fusão aguardada nos primeiros momentos. Ela não detalhou sobre a ausência paterna, apenas disse que sua irmã visitava o sobrinho para levar notícias, ou seja, a criança não foi acolhida em uma situação verdadeiramente triangular.

Em um pós-parto imediato, as mães seguram os seus bebês pela primeira vez, e quase invariavelmente os exploram de forma particular. Inicialmente, começam por tocar os braços

e pernas com a ponta dos dedos, fazendo o reconhecimento deste estranho-familiar que é o bebê. Buscam por marcas de família, o nariz da avó, a boca do pai, a mão de jogador de basquete. Entretanto, no enquadre de uma UTIN existem vários atravessadores nessa relação, seja a incubadora, os fios e os cuidados técnicos de saúde. Os pais sentem-se visitantes do próprio filho, pois não podem carregá-lo, dar banho, sussurrar no ouvido, cheirá-lo, vestir a tão desejada roupa ou por vezes tocá-lo sem pedir permissão. Do lado do bebê, há uma hiperestimulação sensorial, com procedimentos invasivos que o surpreendem dormindo, barulhos perturbadores de monitores, luzes intensas, impondo-lhe uma descontinuidade de ações vindas do exterior.

A imagem de um corpo enfermo produz na mãe um choque, na medida em que no plano fantasmático o vazio era preenchido por um filho imaginário. Entretanto, o ser doente irá renovar os seus traumatismos e insatisfações anteriores, bem como impedir, no plano simbólico, a resolução do seu complexo de castração. Para chegar na feminilidade, a mulher renunciará à criança-fetiche, que não é senão o filho imaginário do Édipo (Mannoni, 1999).

Na medida em que nenhuma criança real corresponde à criança idealizada, como imaginar o enlace mãe-bebê atravessado por duas condições orgânicas até então desconhecidas? Face ao traumatismo do encontro com o real, com o bordejamento à morte, o corpo de Daniel mostrava traços com os quais os pais não podiam se identificar e/ou se reconhecer. A fratura das funções parentais, especialmente a função materna, ao não enlaçar a criança no campo do Outro, pode vir a produzir uma suspensão de inscrição simbólica, ficando o filho fora do espaço narcísico dos pais (Bernardino, 2004). Não há futuro para uma criança se o desejo da mãe não é o que organiza as ações de sua criação. O desejo de uma mãe pode sofrer um forte choque quando se encontra com dificuldades do lado de seu filho (Coriat, 2000).

O anúncio de deficiências, malformações e doenças acentua o fosso entre o bebê imaginário e o bebê real, tornando o encontro primordial praticamente impossível. Crespin (2004) pontua que pode haver uma “catástrofe subjetiva”, um desinvestimento do bebê real, que pode ser traduzida tanto por um abandono, como por uma superproteção; no último caso, é a deficiência que se encontra investida e não o bebê como sujeito, que se torna objeto de meros cuidados, deixando intocável o outro bebê, o imaginário, o que parece ter acontecido com Daniel.

Maria elenca todos os diagnósticos do filho: mielomeningocele descoberta e corrigida ao nascimento, trissomia 21, hipotireoidismo congênito, bexiga neurogênica, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, disfagia em investigação e astigmatismo hipermetrópico elevado.

Estes diagnósticos rendem uma agenda lotada, com educação precoce 2x/semana, Centro de Referência Interdisciplinar em Síndrome de Down 1x/semana, Centro de Ensino e Reabilitação 2x/semana e CER de Taguatinga 1x/semana, além das diversas consultas médicas em diferentes instituições de saúde. Enquanto a mãe relatava sobre todas essas atividades, a criança tampou os ouvidos.

Daniel é também exemplo de um fenômeno recorrente no ambulatório: *o que essa criança tem? O que ele é? Ah, ele é Down...* A nomeação diagnóstica pode assumir tamanha valência que destitui o nome-próprio da criança, substituído pela identidade social conferida pelo nome da síndrome em que a medicina localiza no físico. Estabelece-se assim sua nova filiação, já que a paternidade, sobre-o-nome, é dada pelo nome-da-síndrome, que baliza, referencia e justifica os atos, as falas e as condutas da criança, deslocando-a da possibilidade de situar-se a partir de sua ordem própria de filiação. Inserir uma criança no laço social como “aquela Rett”, “ele é PC”, “meu filho é Asperger”, é reduzi-la ao registro médico, amputando sua singularidade subjetiva (Vorcaro, 2011).

Estar em função das demandas do filho ocupa Maria exclusivamente, tornando ausente o indicador 23 do IRDI: “A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses”. Na instalação de uma hiância, surgem indicativos para a criança de que há um desejo Outro para a mãe que não ela. É essa distância que torna possível a linguagem, em sua função simbólica, de ser utilizada como substituto da presença do Outro.

Era notório o desencontro na interação mãe e filho, a fragilidade na demarcação da singularidade na filiação, o que faria de Daniel único, sua criança. Ele era um conjunto de sintomas e um representante de patologias. O seu corpo era objetalizado por diversos terapeutas instrumentais que visavam às aquisições de linguagem, cognição e psicomotricidade por meio de submissões adaptativas, mas que não consideravam a subjetividade e as “fraturas” no tempo de estruturação subjetiva da criança.

A distância entre a diáde poderia revelar os primórdios dessa relação, marcada por uma separação precoce devido à hospitalização e a uma “abertura na coluna” que se interpunha entre o corpo da mãe e do filho, fazendo uma fratura no laço com o Outro. “Toda depreciação da criança é sentida pela mãe como depreciação de si própria. Toda condenação do filho é uma sentença de morte para ela” (Mannoni, 1999, p. 2). Afinal, a enfermidade do filho a atinge em um plano narcísico, dá-se uma perda brusca de toda referência de identificação, pois é uma imagem de si que já não se pode reconhecer nem amar.

Quanto à filiação, Maria não trazia referências do companheiro. Ele exercia a ocupação de motorista de caminhão e sempre estava viajando, não participou dos atendimentos, nem mesmo marcando presença no discurso dela. Na tentativa de restituir a presença do pai na cena da mãe com a criança e dar validade à palavra dele, solicitamos o número de telefone, o que nunca aconteceu. Dessa forma, a mãe estabeleceu com esse filho um laço em que a palavra do pai ficou fora do texto que no filho ela inscrevia. Assim,

destituiu o pai de sua função discursiva de fazer operar a interdição, de sua função imaginária de pai privado e de tomá-lo como modelo de identificação para o filho.

Ao longo dos atendimentos, a queixa de Maria não se desdobrou em demanda, permanecendo colada ao único objetivo de fazer a criança comer. Não houve questionamentos do por que o filho não comia, indagando-se sobre o sintoma e endereçando-o a alguém. Havia, inclusive, um estranhamento quando indagada sobre sua história como se não houvesse nenhuma implicação e relação das suas vivências com a instalação dos sintomas no seu filho.

Todavia, “o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. O sintoma – esse é o dado fundamental da experiência analítica – se define, nesse contexto, como representante da verdade” (Lacan, 1969/2003, p. 369). Com seu sintoma, a criança denuncia, aponta, sinaliza uma verdade a respeito da estrutura familiar. Ela está emitindo um sinal, uma mensagem.

Ademais, Françoise Dolto (1990) traduz para a criança, em sua língua, o que a analista pensa dos efeitos que a situação familiar produziu nela. Ela propõe uma construção, isto é, um pedaço da história que escapa ao sujeito. A partir disso, a criança encontra palavras para falar, por meio das quais surge, sem que ela saiba, uma verdade.

A autora supunha que um bebê podia entender desde o seu nascimento o que lhe diziam à sua volta. Assim, a verdade precisava ser-lhe dita desde o início, uma vez que é muito sensível à angústia materna e reage a ela, na tentativa de ajudar sua mãe. Os bebês são psicoterapeutas de seus pais, explicava ela. Em um de suas interpretações “milagrosas”, falou a um bebê, que se recusava a comer, a respeito da morte de sua avó, e do quanto sua mãe fazia ainda esse luto. “Talvez você”, disse-lhe ela, “esteja desejando ir ao encontro da vovó, que sabia tão bem cuidar de crianças, como pensa a sua mamãe”. Pode-se imaginar o efeito

que essa intervenção causou junto à mãe, mas é verdade que no dia seguinte a criança retomou a amamentação (Dolto, 1990).

Coriat (2000) faz outra leitura acerca do posicionamento de dizer a verdade aos bebês. Ela não põe em dúvida que o bebê possa ter melhorado *a posteriori* da intervenção, entretanto, quem escutou o que foi dito foram os pais, a mãe pelo menos, e a possibilidade de pôr em palavras diante de um outro, isso sim provocou efeito neles e modificou a relação com seu bebê, permitindo-lhes dirigir-se a ele de outra forma.

A mãe era convidada a sentar no tapete conosco, mas preferia permanecer na cadeira, em uma posição expectante e distanciada. Ela o levava para que as especialistas o tratassesem, sempre alerta para qualquer orientação técnica que pudesse fazer o filho comer e ansiava por orientações para fazer em casa, propagando a ideia de que pudesse ser mais uma terapeuta. Dessa forma, a deficiência provocava não apenas um deslocamento da identidade atribuída à criança, mas também da posição dos pais, já que a condição da criança não pode ser reconhecida e nem cuidada por meio do saber parental. Deslocando essas funções para os especialistas, agentes de saúde, a insuficiência orgânica da criança traz, na sua esteira, a insuficiência dos pais (Vorcaro, 1998).

Maria respondia com frases curtas o que era indagado, como se não houvesse nada a ser contado. Questionada sobre a sua história de vida, respondeu visivelmente desconfortável que foi criada por uma tia, após o falecimento da mãe aos cinco anos e do pai no ano seguinte. Os irmãos foram distribuídos entre os familiares. Após essa sessão, a família faltou por três semanas e a mãe justificou uma crise de fibromialgia.

Quanto à queixa, a alimentação exclusiva de Daniel reduz a mamadeira à função alimentícia. Se a relação na amamentação já se passou sem um investimento libidinizador, como se desligar desse objeto primordial e deslocar para outros objetos que representassem a presença materna? Nessas circunstâncias, segundo Oliveira (2009), não se opera a função

simbólica da amamentação, impedindo o deslocamento para novos objetos/alimentos e os devidos desdobramentos pulsionais; as trocas alimentares não se tornam veículo que conduz as palavras da mãe à criança, necessárias à sua estruturação simbólica. É justamente a dialetização do desejo da mãe pelo filho que torna possível as separações, como o desmame, e essa dialetização, por sua vez, só ocorre se a lei paterna atuar, ou seja, se a entrada do pai operar enquanto função simbólica. Em *O Seminário 5*, Lacan (1957-58/1999) afirma que se trata do “desejo do Outro, que é o desejo da mãe e que comporta um mais-além. Só que para atingir esse mais-além é necessária uma mediação, e essa mediação é dada, precisamente, pela posição do pai na ordem simbólica” (p. 185). Faria (2023) nos lembra que, ainda que haja a *presença potencial* do pai, sua *entrada potencial* pode ficar comprometida enquanto terceiro, na medida em que não há um assujeitamento da mãe a uma exterioridade/alteridade que condiciona a sua relação com a criança.

A passagem do seio/mamadeira para os alimentos sólidos atualmente acontece por volta do sexto mês, iniciando o processo de desmame. Com a introdução alimentar, a mãe também pode se ausentar mais com a possibilidade de o filho aceitar novos alimentos. Quanto ao desenvolvimento motor dessa mesma época, a criança também explora mais o ambiente ao arrastar, sentar e engatinhar. As funções corporais passam a representar algo da relação com a mãe e os objetos passam a representar o amor desta mãe. O bebê agora dirige-se à mãe, dirige-lhe demandas e, ao fazê-lo, não visa somente o objeto, mas a verificação do amor materno (Infante, 2000). Entretanto, Daniel chega ao ambulatório não aceitando novos alimentos e, simultaneamente, com atrasos motores, evidenciando ausência no indicador 22 do IRDI – “A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada”.

Nessa troca alimentar, verifica-se como a função materna está operando, uma vez que o bebê abre mão da exclusividade e intimidade do corpo materno para experimentar-se nos espaços com seus recursos motores, suportando inclusive os períodos de ausências da mãe.

Entre a mãe e o bebê, passa a haver um intervalo e então este passa a buscar relações com outros objetos primordiais ou substitutos que lhe permitem suportar e significar as ausências.

Bernardino (2005) afirma que, ao fechar a boca, a criança tenta convocar o Outro a sustentar o objeto em sua dimensão libidinal. É um movimento no sentido da *Verneinung*, uma negação que vem para afirmar a existência do sujeito, mais além de seu corpo.

Crespin (2004) também comprehende que o comportamento do bebê é um ato que traduz seu posicionamento no desejo. Dentro da série barulhenta, como já descrita anteriormente, o bebê luta contra o excesso de mãe, que se mostra intrusiva, a partir também de uma fraqueza na vertente paterna do laço. “O bebê parece tomar sobre ele próprio o suporte da função paterna, incapaz, opondo-se ativamente, numa tentativa muitas vezes desesperada de pôr um limite ao furor da onipotência originária materna” (p. 50). À medida que ele tenta estabelecer esse limite, abre um espaço para advir como sujeito.

Dessa forma, considera-se a dimensão simbólica da recusa e de seu estatuto de linguagem. A autora prossegue:

Apenas o investimento do adulto transformará o alimento em objeto oral, e a recusaativa do bebê, se é tolerada, poderá então operar como um ato descompletoante do Outro, de sua onipotência original. Na ausência do investimento do adulto, como na troca alimentar mecânica e anônima, a recusa do bebê não poderá atingir a mesma significação, e recairá, de certo modo, no vazio, na palavra não escutada (Crespin, 2004, p. 54).

Nas sessões, Daniel era uma criança sorridente e descrita pela mãe como tranquila, “vai com qualquer um”, “não dá trabalho” e muito beijoqueiro. Sustentava o contato visual, jogava os brinquedos (o que foi descrito em relatórios anteriores como um brincar não funcional) e batia palmas repetidas vezes após os comportamentos, lido como sinal de condicionamento. Emitia sons como “uh” e possuía intenção comunicativa. Era capturado e

permanecia atento às músicas, imitando alguns gestos das terapeutas. Dava tchau e jogava beijo como ato de despedida.

No primeiro mês de acompanhamento, percebemos que Daniel não utilizava sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades (indicador 7 – IRDI), fazendo-se notar que ainda não havia transformado o grito em demanda. Quanto ao indicador 8, a criança nunca solicitava a mãe e não procurava ativamente o olhar materno (indicador 11 – IRDI), estando ausente um jogo prazeroso de olhar e ser-visto na pulsão escópica.

O acompanhamento visou o traço do *ser* ao sujeito, tratando-o para além da necessidade, conferindo aos seus movimentos o estatuto dos atos pulsionais. Os comportamentos vistos como disfuncionais e sem sentido de Daniel eram lidos como atos, transformando-os em demandas/apelos, ou seja, pedidos dirigidos ao Outro. Fazendo suplência ao agente materno, experimentamos significantes, desejos e tecemos sentido aos seus atos de fala. No *setting* terapêutico, era preciso estar atenta ao que havia de simbólico na cena, onde o inconsciente era colocado em ato por meio do brincar. Segundo Jerusalinsky (2002), o brincar implica o deslizamento do desejo, o estiramento da corda da pulsão na série simbólica que vem sendo construída. Assim, ainda que esteja em jogo um sujeito em constituição, já há um sujeito do desejo que, a partir das marcas primordiais, começou a tecer suas próprias respostas.

Vorcaro e Veras (2008) prosseguem:

Brincando, a criança traça a sintaxe em que ela inscreve uma posição subjetiva no campo simbólico, e, operacionalizando essa condição com o próprio brincar, ultrapassa-a, exponenciando suas relações. O brincar é a operação de constituição de um discurso corporal que, ao assumir sentidos e lugares nos quais a criança é prefigurada, antecipa o sujeito antes de este dominar a língua e falar em seu próprio

nome. O brincar é a função que opera a transposição da condição de termo operado pelo Outro para a de jogador, na qual a criança se destaca sujeito (p. 30-31).

Quanto ao ato de jogar os brinquedos no chão, Jerusalinsky (2014) aponta o *jogo de lançamento de objetos* para que o outro recupere, como um dos precursores diretos do *Fort-Da*. Freud (1920) conta que o neto exibia o incômodo hábito de jogar para longe de si todos os pequenos objetos que encontrava a seu alcance. Assim, são os outros que precisam recuperar os objetos do bebê. Quando o gozo está instaurado na relação com o seu Outro, o bebê vocaliza ou olha expectante para que a mãe recupere o que ele deixou cair.

Daniel trazia os efeitos de uma não instauração de um circuito com o Outro no qual tenha se operado o jogo da perda e recuperação do objeto. Em uma sessão, comecei a recuperar as argolas que ele jogava a esmo, buscando sustentar uma série com o gesto de recuperação, com as modulações da voz e com o olhar. Algo se inscreveu, pois fui convocada pelo olhar de Daniel para buscar o brinquedo e, quanto mais o filho gargalhava, mais a mãe dizia que não podia jogar as argolas. Repetimos inúmeras vezes essa cena. Finalizei essa sessão com pistas que Daniel estava instalando o circuito com os objetos pulsionais.

As dificuldades de criar, gozar das gracinhas do filho e de se admirar com eles ficam severamente prejudicadas, pois os pais deixam de antecipar qualquer sentido nas ações e vocalizações, permanecendo em um vazio simbólico, uma ausência de significação e uma perspectiva do vir-a-ser. Daniel estava situado mais ao lado da falha do que da falicização. Como colocá-lo no trono de majestade com todas as perfeições, sonhos e idealizações com um corpo que fere o narcisismo dos pais, que nada lhe envia da sua própria imagem? “Espelho quebrado, devaneio impossível, a ilusão e o sonho se chocam com a violência do real, e a criança arrisca-se a ser reduzida a esse puro real se nada de simbólico vier permitir a sua falicização” (Mathelin, 1997, p. 135).

Na sessão seguinte, Daniel entrou andando sem apoio, descolado do corpo materno, e aceitou sorrindo as intervenções propostas pela fonoaudióloga. Juntos em um brincar de faz de conta, cozinhou no fogãozinho, rodeado de talheres e pratos, onde era incentivado a alimentar os bonecos, a terapeuta e a si mesmo. Enquanto assistia a cena, a mãe relatou que o filho começou a estranhar as profissionais nos demais serviços e apresentou choro inconsolável. A professora da educação precoce acreditou que ele estava febril, pois nunca havia visto aquele comportamento; a elevação de temperatura não foi confirmada pela mãe. Outro profissional sugeriu uma consulta com neuropediatra, afinal, tratava-se de um retrocesso comportamental, já que Daniel era amável com todos.

Essa mudança de postura evidenciava que o indicador 18 do IRDI – “A criança estranha pessoas desconhecidas para ela” – estava ausente até o momento. Daniel começou a reconhecer a importância da sua cuidadora primordial, resultado do processo de simbolização da função materna.

Destacamos a multiplicidade de atendimentos e profissionais, o que claramente estava sendo iatrogênico. Entretanto, Maria pontuou a necessidade de avaliação com o neuropediatra, fazendo eco à fala do outro profissional. Pontuamos que uma mudança decisiva no comportamento de um bebê acontecia geralmente entre o sexto e oitavo mês, distinguindo claramente a mãe de um estranho e que interpretamos como um sinal aguardado dentro do processo de constituição do psiquismo.

“Na operação de apercepção, o bebê percebe que o rosto do estranho não é idêntico aos traços de memória do rosto da mãe... e chamei essa resposta de primeira manifestação de ansiedade propriamente dita” (Sptiz, 1965/1991, p. 115). O autor prossegue e afirma que, nesse estágio, a criança estabeleceu uma verdadeira relação objetal e que a mãe se tornou seu objeto libidinal, seu objeto de amor. Assim, o choro e o desprazer na aproximação de um estranho é causado pelo medo que a criança tem de ter perdido a mãe (objeto libidinal).

“Vê-se então assaltado por uma interrogação radical: essa não é a mamãe. E eu?” (Jerusalinsky, 2004, p. 251).

Em setembro, Maria trouxe novidades: o filho estava “trabalhando em casa” ao abrir os armários e retirar as panelas. Estava levando os objetos à boca e aceitou um pouco de caldo e purê de batata, embora ainda com receio. Essa mudança nos remete aos jogos constituintes, o jogo no laço mãe-bebê, apontado por Jerusalinsky (2014). Quando o bebê começa a experimentar deslocamentos espaciais, passa a ter interesse nas relações continente-contéudo, explorando gavetas e tirando e colocando os objetos em caixas. Em um jogo anterior, o laço com a mãe põe em movimento para o bebê uma pulsão que circula entre o corpo materno e o seu. Em um segundo tempo, este jogo se relança, além das fronteiras do corpo materno e do bebê, na relação com o espaço. Este realmente era um trabalho primoroso de constituição psíquica que Daniel estava alcançando.

É um trabalho de luto, de perda e de separação, uma vez que podem simbolizar a falta e tornar possível o descolamento da criança do horror do real e projetar um futuro em um corpo erogeneizado. É uma autorização para projetar-se sobre a criança, permitindo à mãe fabricar o seu bebê simultaneamente ao fato de o bebê fabricar sua mãe (Mathelin, 1997).

Em dezembro, a mãe contou frustrada sobre a alta da fisioterapia, pois a criança estava andando sem apoio há alguns meses. Afirmou que buscara outro profissional, uma vez que o filho necessitaria de terapias durante toda a vida devido à síndrome de Down. Nesta sessão, Daniel apresentou um grande marco, ao fazer do controle de ar-condicionado um telefone, falando *alô*, momento em que imaginário e simbólico se enodam. A introdução no simbólico é a condição para que o ser vivo passe a ser falante. Mannoni (1999) relata que o nascimento do sujeito passa pelo desaparecimento do objeto, do qual guarda a imagem, desaparecimento redobrado pela conotação significante da ausência. O sujeito, poder-se-ia dizer, é a ausência (de objetos). Daniel mostrou também uma nova brincadeira, esticando um

paninho para deitar-se. Associamos ao cansaço de sair de casa todos os dias para as diversas terapias, o que a mãe confirma ao pontuar que as sonecas da criança eram sempre dentro dos ônibus.

Após faltas sucessivas, a mãe entrou em contato via *whatsapp* e relatou que não prosseguiria com o atendimento devido à incompatibilidade de horário com o outro centro de terapias, optando por manter o acompanhamento multidisciplinar com fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Os pais podem estar escravizados às demandas de seus filhos, na medida em que o filho materializa por demais a falta da falta. A função do filho é ser esse objeto fantasmático que protege os pais contra a revelação do próprio nó de sua neurose. Tirar esse objeto de queixa representa balançar as defesas dos pais e alguns reagem resistindo e interrompendo o acompanhamento (Manonni, 1999).

5.3 Morto-vivo

Bruno João, 10 meses, foi acolhido por fisioterapeuta no CER em março de 2024 com queixa de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM). A mãe, Camila, 28 anos, e a irmã de Bruno, Ana, 10 anos, o acompanharam na primeira sessão.

A profissional o descreveu como uma criança “tranquila e esperta”, que aceitou bem o toque e as manipulações. Nasceu de parto natural com 51 cm, *Apgar* 9/10 e peso de 3,990g. Seguia os objetos com o olhar, realizava movimentação espontânea dos quatro membros e conseguia alcançar a linha média levando as duas mãos à boca. Possuía bom controle cefálico, regular controle de tronco, conseguia rolar, realizava *puppy* (avaliação que consiste em manter a esfinge baixa, com elevação da cabeça e tronco superior, mantendo os antebraços apoiados no solo), porém não engatinhava e não arrastava, conseguia sentar sem

apoio por pouco tempo apenas quando era colocado. Utilizou o brinquedo de forma funcional ao jogar bola, deu tchau e mandou beijo na despedida. Seguiram em acompanhamento semanal.

Em agosto foi observado boa evolução do quadro motor, pois realizava trocas posturais e conseguia escalar para ficar em pé, entretanto, apresentava importante déficit de equilíbrio estático e fraqueza muscular de membros inferiores.

Até novembro a criança aceitou os toques e exercícios propostos. A fisioterapeuta realizou orientações quanto às trocas posturais, de modo a estimular a linha média, o fortalecimento do abdômen, a postura em prono e os exercícios na postura de gatas com apoio do rolo. Além disso, orientou deixar a criança por mais tempo no chão/tapete. Por fim, solicitou à genitora reproduzir as atividades propostas em casa.

A partir desse último encontro a criança chegou pouco contactuante e chorosa. Dias antes, ela foi consultada por um neuropediatra de outra instituição que diagnosticou TEA nível II de suporte devido a alteração comportamental com atraso de fala e linguagem, agitação e agressividade (ela se jogava no chão e batia a cabeça na parede). Ademais, não aceitava o toque, isolava-se, não gostava de brincar com outras crianças e apresentava transtorno do sono e seletividade alimentar. Indagamos sobre o que pôde ter contribuído para o seu fechamento relacional e, esse ensimesmamento.

Dessa forma, a profissional optou pela alta do atendimento multidisciplinar e encaminhou Bruno, internamente, para acompanhamento interdisciplinar com psicóloga e fonoaudióloga. Nesse acompanhamento as sessões eram conjuntas, com ênfase na interação mãe-filho, uma vez que precisávamos conhecer os significantes próprios da família, afinal, o laço parental é veículo da transmissão dos traços identificatórios aportados pela função materna e paterna. Segundo Laznik (1988, 2004, 2013), o acompanhamento consiste em tratar o bebê nas sessões com os pais e reanimá-lo psiquicamente.

Na nossa primeira sessão, Bruno permaneceu no colo com pouco distanciamento do corpo materno. Camila relatou que o companheiro (Joaquim) faleceu por Covid quando o filho tinha apenas dois meses. Ela perdeu, ainda, uma sobrinha pela mesma enfermidade e seu pai (João), que havia falecido por câncer há pouco tempo. Contou que a filha Ana também necessitava de cuidados psicológicos em função do sofrimento por luto. Quanto ao Bruno, ela relatou seletividade alimentar (comia somente arroz, feijão, ovo e tomate em rodelas), dificuldade de sono (adormecia meia noite) e informou que ele fazia sonecas breves de quinze minutos. O bebê dormia na cama com a mãe de mãos dadas e necessitava da sua presença para permanecer dormindo. Nomeava mamãe para todas as mulheres e papai para os homens. Ele não apontava e não demonstrava sede, fome ou qualquer outra demanda, portanto, não apresentava o item 7 do IRDI, metodologia que indica que a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.

Camila queixou-se também da intensa agitação, agressividade, inconsolabilidade e olhar lateralizado do filho. Expressou que ele batia a cabeça na parede ao ser contrariado. Na sessão, a criança apresentou um olhar fugaz e, na posição deitado, movimentou os carrinhos diante dos olhos. Bruno explorava os brinquedos, mas não brincava, uma vez que seu ato não implicava a capacidade de representação. A mãe o nomeava ora como Bruno, ora como João, na tentativa desesperada de contato, sem sucesso. Notava-se inclusive, a ausência de todos os indicadores IRDI referentes aos quatro primeiros meses, mesmo que a criança já estivesse com um pouco mais de 1 ano, bem como a ausência dos sinais PREAUT.

Na sessão seguinte, Camila contou de uma crise do filho, na qual acordou chorando muito e se acalmou com a avó materna em chamada de vídeo. Contou que tanto sua filha quanto ela própria vivem em função de Bruno e que não consegue estabelecer uma rotina. Pontuamos que a previsibilidade é de extrema relevância para as crianças e que ambas vivem em alerta para que ele não fosse frustado. A família estava em permanente vigilância e

experienciava um grande desamparo e desalento, o que culminou no isolamento dos ambientes públicos.

As rotinas do bebê também são necessárias porque a mãe é parte desta rotina. Elas tornam previsível algo para alguém imprevisível, ou seja, a rotina traz a certeza de que a mãe está presente e produz superfície – o Outro oferece meios para que, mais tarde, a criança possa simbolizar. Simbolizar a ausência, a descontinuidade, a perda, a falta.

Somente na terceira sessão, Camila conseguiu falar sobre a gravidez. Relembrou que queria somente uma filha, mas que, por desejo do companheiro e de Ana, cedeu à possibilidade. Quando souberam da gravidez “todos aceitaram muito bem”. Esta gravidez foi considerada de risco já que na gravidez da primogênita teve bolsa rota e história de aborto espontâneo (15 semanas) em gravidez anterior à de Bruno. Ele nasceu com 40 semanas e Camila relembrou todo o sofrimento do parto. Foi submetida à manobra de *Kristeller*, além da episiotomia e pontuamos que atualmente ambos são nomeados como violências obstétricas. Aos dois meses de Bruno, o pai foi acometido por Covid, ocasião em que foi entubado e mantido em isolamento, faleceu uma semana após o diagnóstico. Após essa importante perda “o leite secou” e, após quinze dias, a sobrinha materna (17 anos) de Camila, que lhe chamava de mãe, também faleceu. Camila contou, ainda, da quimioterapia e posterior falecimento do seu pai há um mês. Não chorou ao relembrar de todos esses episódios e disse que sofre calada, pois não tem espaço para fraqueza, como se somente o silêncio e a passagem do tempo se encarregassem de apagar o que aconteceu.

A pandemia furtou os sonhos, as visitas aos enfermos, a possibilidade de velório. Restou o fechamento do caixão com a presença restrita de familiares e amigos, a morte ficou confinada aos hospitais e ganhou conotações de isolamento afetivo e negação. Segundo Kallas (2020), durante a pandemia, “despimo-nos de nossas certezas narcísicas e estamos à mercê da morte, que iguala todos”. Percebemos, então, a presença da angústia do real e sua

consequência: o efeito traumático (Birman, 2014). Neste caso, a subjetividade fica ante algo que a ultrapassa, do qual não consegue dar conta e “o sujeito é invadido por uma quantidade de energia que rompe as barreiras de proteção psíquicas, intensidades essas que não serão transcritas para a ordem psíquica da representação” (Kallas, 2020). Nas palavras de Maesso (2005):

Numa época em que a morte é excluída, processos importantes para que o enlutado em seu apelo ao simbólico possa defrontar-se com a segunda morte, ou seja, a falta no simbólico que coincide com o furo no real, para efetuar o sacrifício de um pequeno pedaço de si, pedaço que é do enlutado, mas também da pessoa que ele perdeu, pedaço que corresponde ao pequeno outro que é objeto no desejo, e insubstituível (p. 104).

Assim, as mortes vivenciadas por Camila se tornaram um tabu, um assunto proibido, que foi permeado por inúmeras fantasias e expectativas na aparente possibilidade de anular seus efeitos. “A morte, destino inexorável de todo ser, é dificilmente absorvida pela civilização ocidental, que diante do golpe narcísico mais contundente descobre caminhos tortuosos na doce ilusão de um drible possível” (Mendlowicz, 2000, p. 94). O traumático é da ordem de uma experiência, cuja dimensão requer intenso trabalho psíquico e que na negação do sofrimento não encontra condições de ser operada.

Em *Luto e melancolia* (1917[1915]/2010), Freud nos situa quanto ao luto, apresentando seu caráter “saudável” na medida em que possibilita ao sujeito encontrar um caminho frente à perda sofrida:

O luto profundo, a reação à perda de alguém que se ama, encerra o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo externo – na medida em que este não evoca esse alguém –, a mesma perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor (o que significaria substituí-lo) e o mesmo afastamento de toda e qualquer

atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre ele. É fácil constatar que essa inibição e circunscrição do ego é expressão de uma exclusiva devoção ao luto, devoção que nada deixa a outros propósitos ou a outros interesses (p. 250).

Por um período, no luto, o mundo deixa de ser interessante na medida em que ele não lembra o morto, e qualquer atividade que não esteja ligada a sua memória perde o sentido. O que ocorre é uma dedicação exclusiva do eu ao luto.

O significante morte assombrava a família. Camila vivenciava o luto do marido simultaneamente ao puerpério, período que traz consigo algumas mortes, como as mudanças corporais, o bebê idealizado ao longo da gestação, a condição de filha para que se assuma também a condição da parentalidade. Para Stern (1995/1997) é preciso que a mãe abandone boa parte das antigas fantasias que guardava relacionadas a reparar, corrigir e refazer sua infância e afirma: “Um mundo (mesmo que parte dele seja ilusão) se foi. E geralmente existe um profundo senso de perda subjacente ao senso dos mundos que foram ganhos” (p. 29).

Komniski et al. (2017) pontuam que a chegada do bebê, para além daquilo que é comumente descrito como alegria, esperança, amor incondicional, traz consigo elementos que remetem à loucura e catástrofe, vida e morte, como paradoxos do encontro e de possíveis desencontros, exemplos de vivências intensas na família.

E como ter “olhos” para um filho recém-nascido e enlaçá-lo diante de tantas perdas? Como Bruno vai receber essa catexia libidinal e organizar seu circuito pulsional com uma mãe enlutada, desvitalizada e igualmente desamparada? Laznick (1988) esclarece:

que uma mãe muito deprimida, que não sabe que viveu uma perda, que ignora o fato de que está em luto, pode se encontrar tão açambarcada, tão preenchida pelo objeto que perdeu que nem mesmo sabe que a falta lhe falta. Neste caso, pode-se dizer que não há, em seu aparelho psíquico, isto que se poderia nomear $-\phi$, nada que permita este investimento libidinal do bebê (p. 68).

Boukobza (2000) afirma que se pode identificar a depressão materna pelos efeitos devastadores que ela tem sobre a criança:

Uma mãe deprimida se retira para uma posição passiva, no limite às vezes da catatonia, na qual mesmo uma atitude receptiva suficientemente vivaz se lhe torna impossível [...] ela é, ela mesma, o bebê que espera “que lhe façam algo” e que sonha com um filho que se auto-alimente, que não se mexa em seu berço e que nem mesmo se dirija a ela (p. 19).

Dessa forma, o enlace precário com o Outro primordial gerava em Bruno uma posição de gozo excessivo sem cortes. Havia também uma fragilidade na alternância presença/ausência, o que torna difícil a substituibilidade do objeto, bem como a constituição de um campo imaginário protetor da relação com a realidade. É a ausência que funda a possibilidade de simbolizar o objeto perdido e inaugura o desejo de tê-lo de volta. Como nos lembra Lacan (1958/1988, p. 633):

[...] o desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, traz à luz a falta-a-ser com o apelo de receber seu complemento do Outro, se o Outro, lugar da fala, é também lugar desta falta.

Ao corroborar, Maldavsky (1997) pontua que há uma remissão psicotizante ao real. A libido sofre um estancamento, uma falta de tramitação pelo psíquico, no plano representacional. O autor coloca a falta brutal de empatia por parte do agente materno, traduzida por “uma discordância inicial entre a interrogação dirigida ao outro e sua resposta afetiva” (p. 139). Sem ser falado, ambos parecem esbarrar numa dificuldade de armar uma cadeia significante que situe o bebê na ordem do discurso.

Bruno enfrentou a ausência psíquica da mãe, o que o fez ser pouco convocado. Hipotetizamos que o retraimento relacional de Bruno estaria em consonância com a tristeza

da mãe após as perdas de seu companheiro, sobrinha e pai. Como modo de defesa autística ao objeto pulsional representado pelo olhar materno, o bebê apresentou um olhar lateralizado já que encarar a mãe seria enxergar a sua angústia, como nos alerta Winnicott (1975):

O que vê o bebê quando olha o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo ... Posso demonstrar minha preocupação referindo um caso de um bebê cuja mãe reflete o próprio humor dela ou, pior ainda, a rigidez de suas próprias defesas. Em tal caso, o que é que o bebê vê? ... Muitos bebês, contudo, tem uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não se vêem a si mesmos. Há consequências (p. 159).

Na esteira dos sinais de sofrimento psíquico, além do evitamento do olhar, o bebê apresentava também o evitamento seletivo da voz, como salienta Catão (2009):

O autismo apresentaria uma falha no circuito da invocação não possibilitando à função psíquica da voz constituir-se como tal. A criança autista ouve, mas não escuta. Ela ouve ruídos no real. Um evitamento seletivo da voz, seja ele defensivo ou primário, faz com que a voz permaneça como massa sonora, ruído... No autismo, a voz não se constitui como enigma. Disso decorre a proposta de nomeá-la: voz *inconstituída*⁹ (p. 225).

A autora prossegue: “A voz participa da instauração do laço entre mãe e bebê ao mesmo tempo em que se constitui enquanto objeto da pulsão, delimitando as bordas que separam o corpo dos dois. A voz é o que funda, a um só tempo, sujeito e Outro. A voz faz litoral” (Catão, 2006, p. 7). “A voz, na sua materialidade acústica conotada de suas modulações e de sua prosódia, testemunham o investimento libidinal, tornando-se objeto da pulsão” (Crespin, 2004, p. 64).

Para tanto, além do enganche à sonoridade da prosódia do mamanhês, a

⁹ O termo *inconstituído* não está dicionarizado, refere-se à autoria de Inês Catão.

presença-ausência autentificada pela musicalidade específica na qual aparece e desaparece a voz e dá lugar à primariedade rítmica permite a produção da voz enquanto apelo, na qual o *infans* esforça-se para corporificar as características melodiosas, o que é esboçado nos primeiros balbucios dos bebês. Nestes primeiros movimentos de amarração à língua, ela comparece advertida do funcionamento simbólico da estrutura constitutiva do sujeito pela linguagem (Pereira, Vorcaro & Keske-Soares, 2018).

Para Geneviève Haag (2007), o incremento de exercícios vocais com pouca imitação, as lalações, supõe que a boca é recuperada na imagem do corpo. Seguindo-se esta fase da lalação, a criança com sinais de sofrimento pode sair do mutismo, usando meias palavras e sons com vogais, o que aconteceu com Bruno. Ele deixou o mutismo para chamar a mãe diversas vezes durante os atendimentos, com uma voz monótona, rígida e caricatural apontando para a falta da dimensão da enunciação. Para aceder à fala, o *infans* deve poder objetar o saber materno, renunciando ao gozo absoluto em favor de um gozo possível (fálico) (Vorcaro, 2003).

Nas sessões, Bruno falava “iá” ao jogar a bola o que era entendido como “já”. Emitia poucas onomatopeias. Incluímos os pares de oposições (abriu/fechou, dentro/fora, oi/tchau) o que são importantes no processo de simbolização (Jerusalinsky, 2012). Introduzimos descontinuidades na nossa voz, como gira, gira, gira... girouuuuu... e conseguíamos o seu olhar. Emprestávamos as nossas vozes e nossos significantes. Quando ele apontava os números na parede, contávamos na sequência e por vezes, introduzíamos nova descontinuidade ao parar a contagem. Só retomamos quando nos olhava. Assim, estávamos demarcando a descontinuidade presença-ausência, par de opostos fundamental para o estabelecimento da função simbólica. Fernandes (2018) nos lembra que o trabalho clínico acolhe as disjunções tais quais elas aparecem: marcando as passagens de um ao outro na tentativa de provocar intervalos de abertura e fechamento, tensões e apaziguamentos,

provocando espaços e instaurando faltas, fazendo bordas e das misturas, “o litoral no mar das palavras” (p. 118). Julien (2000) complementa: “Exercer a função materna é exercitar-se na alternância da presença e do afastamento. Pôr no mundo é saber retirar-se, da mesma forma que o mar cria o litoral: retirando-se” (p. 58).

Por meio da nossa compreensão e de uma possibilidade de falar na criança, o analista funciona como espelho, possibilitando à mãe se identificar nessa função e passar a exercê-la por conta própria. Wanderley (2013) propõe uma preocupação terapêutica primária em que estaríamos conectados à criança de modo arcaico, primitivo, anterior às palavras. Quando os analistas se põem neste funcionamento, isto é captado pelos pais em espelho, o que facilita a interação. Jerusalinsky (2004) traz a ideia de loucura necessária do clínico, na sustentação das antecipações simbólica, imaginária e funcional constitutivas para o bebê.

Nos demais encontros a criança apresentou um comportamento de cair propositalmente para levantar em seguida. Quando chamada para entrar na sessão, o fazia na porta e repetia a cena diversas vezes no *setting* terapêutico. Parecia desmontar-se aos nossos olhos, evidenciando um desmoronamento corporal que apontava para o claudicar da sustentação parental. Pelo fato deste e de outros comportamentos serem repetitivos, a mãe deixou de antecipar qualquer sentido nas ações e vocalizações do filho, permanecendo ambos, em um vazio simbólico.

À vista disto, o analista realiza a suplência e posiciona a transferência ora na função materna ora na função paterna de acordo com a identificação daquilo que é frágil na cena parental. Assim, fazer cumprir a ordem simbólica e sustentar a construção da constituição psíquica da criança na expectativa de que os responsáveis estabeleçam a sua confiança e as (re)exerçam. Trata-se de uma intervenção implicada de desejo, que joga luz na subjetividade, na qual visamos vários aspectos, dentre eles: i) possibilitar a interrogação do saber parental na tentativa de fazer advir o desejo constitutivo da subjetividade do bebê; ii) auxiliar os pais a

construírem suas próprias estratégias de sustentação de modo a oferecer ao filho objetos que não sejam engessados a uma técnica; iii) garantir e testemunhar as produções do bebê para que os responsáveis possam reconhecer estas produções do filho; iv) realizar uma leitura das produções tônicos-posturais, gestuais, sonoras e de esquemas cognitivos do bebê, não só lançando mão dos conhecimentos técnicos específicos, mas sustentando a singularidade pela qual tais atos são tomados como enigmas de um sujeito em constituição.

Desse modo, nomeamos a brincadeira de morto-vivo, trazendo para o discurso significantes familiares. Anunciávamos com surpresa o cair e o levantar. Algumas brincadeiras operam com a palavra que incide no corpo e comanda não só o propósito do jogo, mas também a pulsão que ritma o tangível e o simbólico. Nesses jogos é o próprio corpo da criança que é lançado à precipitação como nas brincadeiras de estátua, morto-vivo e pega-pega. “Todas estas são versões que vão tornando mais complexos, mediando com mais regras, estes jogos de expectativa e precipitação no ato” (Jerusalinsky, 2014, p. 255). Por isso, as brincadeiras antigas, transmitidas de uma época em que o cotidiano favorecia o ócio criativo, são tão potenciais à estruturação do sujeito. Nelas, a palavra se apresenta cantada, na forma ritmada que coabita a pulsão.

O acesso à linguagem ampliou as possibilidades de interação e Bruno começou a articular a função simbólica do brincar, introduzindo variações, lembrando que “brincar é o próprio trabalho de constituição do sujeito na infância, da inscrição da letra na borda entre gozo ao saber” (Jerusalinsky, 2014, p. 236). Ele passou a se interessar pelos brinquedos de encaixe e por um trenzinho, no qual três partes se conectavam. Em um dos encontros, a criança encaixou o trem pequeno e puxou os demais, inclusive o maior, fazendo alusão ao seu posicionamento na família. Associamos o modo como a criança montou o trem ao seu acesso à linguagem e trazemos Lacan com a ideia de que os significantes seriam encadeados uns aos

outros. Dito de outro modo, o sentido da linguagem muda em função da posição dos significantes, uns em relação aos outros.

Para crianças que se encontram simbioticamente aderidas ao corpo e à fala materna, Alfredo Jerusalinsky (1936) utiliza o termo psicoses não decididas da infância, marcando um tempo provisório quando as estruturas psicopatológicas são indecididas. Assim, o acompanhamento é uma operação de corte e costura. No corte, marcamos as faltas, a diferença, a ausência, o buraco da incompletude da relação eu-outro que dá lugar ao desejo, à fala. Na costura, amarramos uma significação onde não existe.

Outro sinal de sofrimento psíquico de Bruno que destacamos é o distúrbio de sono. De acordo com Crespin (2004) são tentativas ativas do bebê para “lutar contra o momento de confrontação com a ausência de sentido de uma ausência não elaborada, de um puro vazio” (p. 68). Mãe e filho dormiam juntos, de mãos dadas, fusionados. A mãe não podia se levantar, pois a criança acordava. Bruno respondia com insônia à angústia da morte que a mãe carregava, e não se deixava apaziguar sozinho já que não se permitia separar-se dela. Assim, em seu contínuo despertar e seu choro inconsolável, a criança mostrava que não era um bebê morto, tentando a todo tempo se mostrar vivo, vigilante, ocupando a sua mãe, deixando-a acordada e preocupada. “Ao tratar de bebês, constatamos que o sintoma se fixa como metáfora que toma a sua carne e sua função, mas a significação deste sintoma se determina a partir da rede significante da mãe” (Jerusalinsky, 2002 p. 186).

Na sequência, passamos à análise do item 6 do IRDI, momento em que a criança começa a diferenciar o dia da noite, e notamos que no caso de Bruno não havia tal diferenciação, ou seja, estava ausente o item. Devido a esse transtorno de sono importante, a neuropediatria do CER o avaliou, e iniciou com o medicamento Neuleptil. Com o insucesso da medicação, foi introduzido Risperidona, que fez a mãe relatar: “achei que tinha matado o meu filho, ele nem se mexia durante a noite”. A seguir, a criança começou a realizar sonecas

prolongadas, estabelecendo o ritmo sono e vigília e a mãe conseguia sair da cama para acompanhar as atividades da filha. Pontuou que o bebê estava mais calmo, sem choros recorrentes.

Após algum tempo de atendimento, Bruno iniciou a creche em período integral e a mãe encontrava-se preocupada com a fase de adaptação. Sinalizamos que esse período era singular e que o choro e a dificuldade de separação eram sinais esperados para a primeira grande separação de ambos. Apostamos que Bruno poderia simbolizar a separação, dispondo de recursos para passar parte do dia longe de sua mãe sem desorganizar-se. Notamos que a intercessão do acompanhamento com a medicação e a entrada na creche operaram como função de corte, por parte de terceiros que foram fundamentais para o estabelecimento de rotinas. Na concepção de Mariotto (2009), o educador ocupa o lugar de *paternagem* (articulando função paterna e maternagem) na condição de um estranho que possibilita um corte na relação mãe-bebê e o insere numa rede simbólica mais ampliada, o que ratifica a inegável importância da função estruturante do Outro social.

Na comemoração dos dias dos pais na creche, Camila foi representando Joaquim, uma vez que se sentia mãe e pai simultaneamente, se nomeando como *pãe*. Entretanto, filmou a criança falando no dia seguinte que o “papai Joaquim mora no céu”. Trabalhamos o posicionamento de cada um e sinalizamos que Camila não precisaria ocupar um lugar ausente, pois o pai das crianças possuía o seu lugar insubstituível, mantendo vivo o marido falecido. Faria (2023) nos lembra que “...independente de ser herói ou bandido, de estar presente ou de ter abandonado a mãe e mesmo de estar vivo ou morto, o pai tem sua presença irremediavelmente marcada no ato que deu origem à criança” (p. 176).

Ao seguir a aposta de que um sujeito possa advir, comemoramos o seu aniversário de dois anos, sem cantarolar os parabéns, pois ele não suportava a música. Bruno se interessou pelo bolo, deitou-se e comeu com as mãos os confetes que estavam na cobertura. Pediu ajuda

da mãe para se limpar, brincou no balanço e na pista de bolas, deixando-as deslizar e cair. Ainda que chamasse pela mãe e pela irmã durante o atendimento, conseguiu brincar distante delas durante toda a sessão.

Quanto ao acompanhamento de Ana, acordamos com a família que a criança seria escutada em sala separada por profissional residente de psicologia e que após o término do ano letivo, ela seria encaminhada para psicoterapia em outra instituição. Tínhamos como objetivo a sustentação da demanda possível da criança, ou seja, sua capacidade de constituir a própria demanda clínica quando promovida à condição de sujeito, no desenlace da escuta e da transferência. Com a criança, o analista como corpo, voz, olhar e escuta, testemunha os deslocamentos do inconsciente transmutados em jogos, brincadeiras e palavras. Dessa forma, os medos, as inseguranças, as inibições e o trabalho de luto poderiam dar lugar ao objeto de desejo, e a criança mais livre poderia alçar novos voos.

Nas sessões, Ana trouxe o desconforto que sentia em relação à avó materna ao explicar que ela tinha preferência por outras pessoas da família e que por vezes excluía a mãe, ela própria e o irmão de programas familiares, além de instigar intrigas. Lembrou das várias perdas que teve durante a vida. Falou da morte do irmão que nasceu antes do Bruno e que viveu alguns minutos. Contou que durante a gravidez da mãe, os pais estavam separados e ela queria muito que eles voltassem, assim, no dia que os genitores contaram que o irmão tinha falecido, anunciaram também a reconciliação, o que trouxe sentimentos ambíguos de felicidade e tristeza (importante ressaltar que tal vivência nunca foi relatada por Camila em sessão). Pôde verbalizar sobre o medo quando do adoecimento do pai e o fato de não se despedir por conta do isolamento pandêmico. Chorou bastante durante os atendimentos e afirmou que não conseguia chorar com a mãe por perto já que ela (a mãe) nomeava como besteira. Sentia como se tivesse “parado de existir” após o nascimento do irmão, uma vez que a mãe sempre estava ocupada com as demandas dele.

No último encontro, afirmou que, após a entrada de Bruno na creche, conseguia ficar a tarde sozinha sem ter que se ocupar dele. Utilizava esse tempo para brincar e assistir o que quisesse na TV. Questionada sobre o que gostava de assistir, respondeu que gostava muito de “Chiquititas” e que às vezes gostaria de ir para um orfanato igual ao da novela, pois havia colegas que partilhavam o tempo. Relembrou momentos em que chamava o avô para acudi-la mesmo com a mãe presente, se referindo a ele e ao pai como figuras de proteção importantes. Terminou o atendimento comentando estar muito ansiosa com a entrega do boletim, pois as provas coincidiram com o aniversário de falecimento do pai e que não havia conseguido estudar. Indagada se desejava uma sessão conjunta com a mãe, a criança negou, pois queria privacidade e um “lugar só pra ela”.

Na expectativa de lembrar para posteriormente esquecer em um trabalho de elaboração, oferecemos um espaço de escuta também para Camila, em algumas sessões individuais, a fim de tecer com palavras um sustento para si. Referiu ter “perdido o chão” no falecimento do pai, “ele era a minha mãe, pois ele me acolhia, me abraçava”. Assumiu os cuidados no adoecimento e cursava técnica de enfermagem por incentivo e sonho dele, mas não conseguiu ir à formatura, uma vez que o evento aconteceu uma semana após o seu falecimento. Após sessões em que esse conteúdo surgia, a família faltava na semana seguinte.

Camila retomou o curso de enfermagem à distância e estava prestes a concluir a fase de estágio curricular. Retomou o trabalho como manicure e recebia poucas clientes em casa, tornando presente o item 23 do IRDI - A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. Por meio da elaboração materna de suas dificuldades, ela pôde operar a separação necessária para que Bruno pudesse ter a referência de um outro corpo que não lhe pertencesse, de uma fala que não era sua, sem oportunidades de designar o eu, o você.

Bruno estava no percurso de apropriar-se de sujeito único, autor de suas ações e falas.

Finalizamos este fragmento clínico rememorando uma das brincadeiras que refletem a sua saída da posição autística:

- *Bruno João está descendo o escorregador* - proferiu a criança.
- *Quem é Bruno João?* - O interpelo como sujeito.
- *Sou eu!*
- *Então, por hoje encerramos, Bruno João, ão ão* - anuncia a terapeuta, já enamorando a alta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS-INSTANTE DE CONCLUIR

*Entre os estudos,
comecemos por aqueles que nos façam livres.*

(Montaigne, 1580)

Esta dissertação teve como propósito evidenciar os sinais de sofrimento psíquico na primeiríssima infância, demonstrando a importância de intervenção em idade mais precocemente possível. Além disto, teve como intenção a apresentação da estimulação precoce enredada ao viés psicanalítico e a difusão de instrumentos e metodologias utilizados como critérios para detectar risco psíquico de bebês e crianças pequenas.

A psicanálise produziu importantes contribuições à clínica de bebês. Ao transmitir referenciais acerca dos modos em que o bebê dá a ver sua constituição é possível levantar um alerta de risco quando algo que era de se esperar que comparecesse na produção espontânea não ocorre. Tal modo de operar se opõe à lógica positivista na qual a detecção se fixa na busca de traços psicopatológicos causando os efeitos iatrogênicos de multiplicação de diagnósticos precoces que criam falsas epidemias e acabam funcionando como profecias autorrealizáveis.

Para que os nossos esforços não gerem um efeito contrário e indesejável, como a patologização da infância, é preciso ressaltar que um sinal de risco descontextualizado não deve ser considerado suficiente para o diagnóstico de uma patologia. Antes dos três anos, o diagnóstico baseia-se na presença (ou não) de sofrimento psíquico do bebê e da criança. Assim, na primeiríssima infância, as estruturas psíquicas são sempre não decididas.

Posto isto, os casos clínicos mostraram diversos sinais de sofrimento psíquico que produziram entraves para as funções corporais e instrumentais das crianças. Foram apresentados recortes do processo terapêutico em que partilhamos, inclusive, dificuldades no manejo clínico bem como as transformações observadas nas crianças, tanto no aspecto evolutivo como no aspecto estrutural. Apresentamos, ainda, as mudanças observadas na qualidade do laço primordial. Para tanto, o brincar foi central nos acompanhamentos, uma vez que permite elaborar as diversas operações psíquicas em jogo no processo constitutivo do sujeito.

Sem esquecer de pontuar que é por meio dos laços parentais que se articularam diversos mecanismos de identificação, lugar de circulação de transmissão psíquica. Possibilitamos o espaço de trocas entre bebê e seus cuidadores no qual pudemos testemunhar a suposição do sujeito, o estabelecimento da demanda, a alternância presença/ausência e a função paterna, elementos buscados para que o processo de constituição do sujeito se (re)instalasse.

Foi realizada uma crítica a terapêuticas reducionistas e organicistas, que descartam as múltiplas relações que podem se costurar na constituição da subjetividade humana. O norte do trabalho foi a postura clínica de escutar o sujeito, pensando o bebê e a criança como seres de singularidades e competências.

A experiência clínica, em contexto interdisciplinar dos problemas do desenvolvimento infantil atravessada pela psicanálise, torna inquestionável que, para o desenvolvimento, tão importante quanto as possibilidades orgânicas é o circuito de desejo e demandas no qual se sustentam os cuidados de um bebê. Para tanto, são considerados não apenas o pai e a mãe, como se estivesse em jogo neles uma competência exclusiva para o exercício destas funções, mas também a rede familiar, educacional, de saúde e cultural que compartilham os seus cuidados.

Ao oferecer maior visibilidade a essa temática, apoia-se também a formação de profissionais para detectar tal sofrimento, por meio de instrumentos como o IRDI, que primam pelo desenvolvimento atrelado tanto aos aspectos orgânicos (crescimento e maturação) quanto aos psíquicos (de constituição do sujeito produzida na relação com o Outro materno, familiar, escolar, cultural).

Na sustentação da intervenção precoce com bebês dentro das políticas públicas, zela-se pela interdisciplinaridade e intersetorialidade necessárias à inscrição do tratamento da primeiríssima infância. Parte-se do princípio de que a especificidade apresentada pelo bebê está acima da divisão por áreas ou patologias, evitando-se os efeitos fragmentadores das múltiplas intervenções que ressaltam no bebê déficits esparsos e que destituem o saber parental.

Outra questão importante a ser considerada relaciona-se aos encaminhamentos dos casos de risco psíquico em razão da carência de instituições especializadas no atendimento a bebês e, especialmente, que trabalhem com viés inter e transdisciplinar. Esta dificuldade faz com que muitos casos cheguem às instituições tarde, apresentando os sintomas importantes já instaurados, o que pode prejudicar a evolução e o prognóstico da criança. Torna-se necessário investimento por parte do poder público para o tratamento destes bebês, caso contrário, a eficácia da detecção dos indicadores de risco perde sua potência.

Terminamos aqui, sem pretensão de esgotar o debate, reiterando que, apesar de todo o trabalho já realizado, ainda há muito a fazer na direção de inscrever socialmente uma prática de detecção e intervenção precoce. Tal prática deve considerar a existência do sofrimento e do risco psíquico na primeiríssima infância, por meio de acompanhamento precoce, em lugar de uma conduta expectante em busca de fechamentos diagnósticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho, N. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 30-50.
- Ariès, P. (1973). História social da criança e da família (2 ed.). Guanabara.
- Aulagnier, P. C. (1975). *La violencia de la intepretacao: del pictograma al enunciado*. Amorrortu.
- Balbo, G. & Bergès, J. (2002). Jogos de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transvitvismo (A. Vorcaro, N. V. de A. Leite & V. Veras, Trad.). CMC.
- Bartie, M., Dunnell, A., Kaplan, J., Oosthuizen, D., Smit, D., van Dyk, A., Cloete, L., & Duvenage, M. (2016). The play experiences of preschool children from a Low-socio-economic rural community in Worcester, South Africa. *Occupational Therapy International*, 23(2), 91-102.
- Bergès, J. (1988). Função estruturante do prazer. In *Escritos da Criança – 2* (3 ed., pp. 41-50). Centro Lydia Coriat.
- Bernardino, L. M. F. (2006). Abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In L. M. F. Bernardino (Org.), *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição* (pp. 19-41). Escuta.
- Bernardino, L. M. F. (2005). Anorexia e luto. In *Pra que essa boca tão grande?: questões acerca da oralidade*. (pp. 161-169). Álgama.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. Casa do Psicólogo.

- Birman, J. (1997). Além daquele beijo!? – sobre o infantil e o originário em psicanálise. In E. Santa Rosa, *Da análise na infância ao infantil na análise* (pp. 7-37). Contra Capa Livraria.
- Birman, J. (1993). *Ensaios de teoria psicanalítica*. Jorge Zahar.
- Bleichmar, H. (1984). *Introdução ao estudo das perversões: a teoria do Édipo em Freud e Lacan*. Artes Médicas.
- Boukobza, C. (2000). Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *Associação Psicanalítica de Curitiba*, 4(4), 16-27.
- Brasil. (2017). Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 27 de abril de 2017. Seção 1.
- Brasil. (2016). Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 9 de março de 2016.
- Brazelton, T. B., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R. & Soulé, M. (1987). *A dinâmica do bebê*. Artes Médicas.
- Bruscato, W. L., Benedetti, C., Lopes, S. R. A. (Orgs.). (2004). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. Casa do Psicólogo.

- Busnel, M. C. (1999a). Os efeitos do estresse materno sobre o feto e o recém-nascido. In M. C. Busnel, *Relação mãe-feto visão atual das neurociências* (pp. 59-70). Casa do Psicólogo.
- Busnel, M. C. (1999b). A sensorialidade do feto e do recém-nascido. In M. C. Busnel, *Relação mãe-feto visão atual das neurociências* (pp. 13-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Candido, A., Castello, J. A. (1978). *Presença da literatura brasileira do romantismo ao simbolismo* (7 ed.). DIFEL.
- Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. Instituto Language.
- Catão, I., & Vivés, J. M. (2011). Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. *Estud. Psicanal.*, (36), 83-92. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n36/n36a07.pdf>
- Campos, Daniela de Lima, Legnani, Viviane Neves, Almeida, Sandra Francesca Conte de, & Santos, Amanda Cabral dos. (2020). Contribuições possíveis da psicanálise à educação precoce: o protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). *Estilos da Clínica*, 25(2), 233-245. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p233-245>
- Crespin, G. (2004). Os sinais de sofrimento precoce. In *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Casa do Psicólogo.
- Crespin, G. (2022). *A apetência simbólica do recém-nascido. Do estabelecimento do laço precoce aos sinais de risco de autismo*. Núcleo de Estudos Psicanalíticos; Escola de Estudos Psicanalíticos.
- Crespin G, Parlato-Oliveira, E. (2015). Projeto PREAUT. In A. Jerusalinsky (Ed.), *Dossiê autismo* (pp. 436-55.). Instituto Langage.
- Coriat, E. (1997). Causas e acasos. *Revista Estilos da Clínica*, 2(3), 8-14.

- Coriat, E. (2000). *Os flamantes bebês e a velha psicanálise* (D. Teperman, Trad.). Trabalho apresentado no curso Clínica com Bebês: uma Abordagem Interdisciplinar, realizado em 14, 15 e 16 de abril de 2000, promovido pela PréEscola Terapêutica Lugar de Vida, pelo Laboratório de Pesquisas Psicanalíticas e Educacionais sobre a Infância (Lepsi) e pelo Instituto de Psicologia da USP.
- Coriat, L., & Jerusalinsky, A. (1996). Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. *Escritos da Criança – 4* (pp. 6-12). Centro Lydia Coriat.
- Couvert, M. (2020). *A clínica pulsional do bebê*. Instituto Langage.
- Darbey, F. (2011). Vers une théorie de l'interdisciplinarité? Entre unité et diversité. *Nouvelles Perspectives en Sciences Sociales*, 7(1), 65-87.
- Debray, R. (1988). Do projeto de filho ao filho real: um percurso semeado de emboscadas. In R. Debray, *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces* (pp. 23-50). Artes Médicas
- Dolto, F. (1990). *Auto-retrato de uma psicanalista*. Jorge Zahar Editor.
- Dunker, C. (2017). A garrafa de Klein como método para formalização de casos clínicos em Psicanálise. In C. I. L., Dunker, H, Ramirez, T. Assadi (Orgs.), *A construção de casos clínicos em psicanálise* (pp. 181-231). AnnaBlume.
- Dunker, C. I. L., & Zanetti, C. E. (2017). Construção e formalização de casos clínicos. In C. I. L. Dunker, H. Ramirez, & T. Assadi (Orgs.). *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (pp. 23-45). São Paulo: Annablume.
- Esperanza, M. (2011). *La naturaliza con derechos: De la filosofía a la política*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Faria, M. R. (2023). *Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo, de Freud a Lacan*. Editora e Livraria Cabral Universitária.

- Fernandes, L. R. (2000). *O olhar do engano. Autismo e Outro primordial*. Escuta.
- Ferreira, S. S. (2013). *PREAUT Brasil – Estudo e pesquisa em autismo (Eixo Recife-PE)*.
<http://ninar.com.br/wpcontent/uploads/2013/11/preaut-i-jornada-o-que-e-a-pesquisa-p>
 reaut-recife-pe-28.- 09-13-logo.pdf.
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Jorge Zahar.
- Freud. S. (1980). Projeto para uma psicologia científica (J. Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 381-520). Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895])
- Freud, Sigmund. (1974). Projeto para uma psicologia científica (J. Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (23 ed., Vol. 1, pp. 395-506). Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895])
- Freud, S. (1980). A interpretação dos sonhos (J. Salomão Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vols. 4, 5). Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a sexualidade (J. Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 129-256). Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1974). Fragmento da análise de um caso de histeria (J. Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (23 ed., Vol. 7, pp. 5-119). Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1980). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 121-252). Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1976). Sobre as teorias sexuais das crianças. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 9). Rio Imago. (Trabalho

original publicado em 1908)

Freud, S. (1980). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 11-154). Imago. (Trabalho original publicado em 1909)

Freud, S. (2010). Luto e malencolia. In *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 170-194). Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915])

Freud, S. (1996). As pulsões e suas vicissitudes. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (1980). História de uma neurose infantil (J. Salomão Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 19-151). Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914])

Freud, S. (1996). Além do princípio de prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 11-154). Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1996). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade (J. Strachey, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 325-342). Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

Freud, S. (1996). A dissolução do complexo de Édipo. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 189-199). Imago. (Trabalho original publicado em 1924)

Freud, S. (1976). Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica Entre os Sexos In O Ego e o Id e Outros Trabalhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 303-320). Imago. (Trabalho original publicado em 1925)

- Freud, S. (1996). Um exemplo de trabalho psicanalítico. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 197-207). Imago. (Trabalho original publicado em 1940).
- Gadotti, M. (2004). *Interdisciplinaridade: atitude e método*. Instituto Paulo Freire.
- Garcia-Roza, L. A. (2009). *Freud e o inconsciente* (24 ed.). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1936).
- Garcia-Roza, L. A. (2004). *Introdução à metapsicologia freudiana* (Vol. 2). Jorge Zahar Ed.
- Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(3), 483-490. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a07>
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Jerusalinsky, A. (2004). Desenvolvimento e psicanálise. In *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar* (3 ed., D. M. Lichtenstein, Trad.). Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (2016). O diagnóstico e a intervenção precoce em bebês em risco de autismo e seus pais. In *Avanços do marco legal da primeira infância* (pp. 323-333). SEGRAF.
- Jerusalinsky, A. (Org). (2015). *Dossiê autismo*. Instituto Language.
- Jerusalinsky, A. (2012). *Psicanálise do autismo*. Instituto Langage. DF: Senado Federal.
- Jerusalinsky, A. (1993). Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem (Entrevista com Alfredo Jerusalinsky). *APPOA – Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, (9), 62-73.
- Jerusalinsky, A. (1998). Quantos terapeutas para cada criança? *Escritos da Criança – 5* (pp. 30-47). Centro Lydia Coriat.
- Jerusalinsky, A. (1998). O Sujeito infantil e a infância do sujeito. *Estilos da Clínica*, 3(4), 146-159. <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/60761/63810>

Jerusalinsky, J. (2014). *A criação da criança. Brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê.* Ágalma.

Jerusalinsky, J. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *Estilos clin.*, 23(1), 83-99.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v23n1/a06v23n1.pdf>

Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês.* Álgama.

Jerusalinsky, J. & Yañez, Z. (2003). Para quem a cor vermelha é importante? reflexões sobre a clínica interdisciplinar em estimulação precoce. *Revista da APAE*, 12(Suppl.esp), 31-34.

Jorge, K., & Ferreira, N. (2005). Lacan, o grande freudiano. Rio de Janeiro: Zahar.

Komniski, P. C. N. V., Chatelard, D. S. & Carvalho, I. S. (2017). Encontros e desencontros: do nascimento à constituição do psiquismo. *Estilos clin.*, 22(1).
<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i1p113-131>.

Kramer, S. (2003). A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce. (7. ed). São Paulo: Cortez.

Kupfer, M. C. M., & Voltolini, R. (2005). Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 359-364.

Kupfer, M. C. M., Bernardino, L. M. F., & Mariotto, R. M. M. (2014). *De bebê a sujeito: a Metodologia IRDI nas creches.* Escuta/FAPESP.

Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. F., Molina, S., & Lerner, R. (2009, Maio). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath*, 6(1), 48-68.

<https://biblat.unam.mx/hevila/Latinamericanjournaloffundamentalpsychopathology/2009/vol6/no1/4.pdf>

Lacan, J. (1998). O estadio do espelho como formação da função do eu. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 96-103). Jorge Zahar. (Comunicação feita ao XVI Congresso Internacional de psicanálise em 17 de julho de 1949)

Lacan, J. (1988). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 591-652). Jorge Zahar. (Relatório do Colóquio de Royaumont publicado em 1958)

Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança, 1969. In J. Lacan, *Outros escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 369-370). Zahar. (Trabalho original publicado em 1966)

Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 369-370). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969)

Lacan, J. (2009). *O Seminário, livro I: os escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1975)

Lacan, J. (1985). *O Seminário, Livro II. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (3 ed.). Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1973)

Lacan, J. (1985). O sujeito e o Outro (I): a alienação, 1964. In J. Lacan, *O Seminário, livro II: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 193-204). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973)

Lacan, J. (1999). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente, 1957-1958* (V. Ribeiro, Trad.). Zahar. (Trabalho original publicado em 1998)

Laznik, M. C. (2013). Godente ma non troppo: o mínimo de gozo do outro necessário para a constituição do sujeito. In M. C. Laznik, *A hora e a vez do bebê* (pp. 16-35). São Instituto Langage.

Laznik, M. C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In D. B.

- Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço* (pp. 35-51). Agalma.
- Laznick, M. C. (1988). Psicanalistas que trabalham em Saúde Pública. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 8(132), 62-78.
- Laznick, M. C. (2004). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Álgama.
- Lerner, R. (2011). *Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento Infantil – IRDI: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade* [Tese doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo].
- Levin, E. (1997). *A infância em cena. Constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor*. Vozes.
- Lima, C., & França, V. N. de. (2022). Desafios para a clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal. *PsicoFAE: Plur. em S. Mental*, 11(1), 43-58. <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/385/271>
- Maesso, M. C. (2005). *O luto da criança morta: uma leitura pelo método psicanalítico* [Dissertação mestrado, Universidade de São Paulo]. <https://livros01.livrosgratis.com.br/cp073783.pdf>
- Maesso, C. M. (2014, julho-setembro). A razão do diagnóstico em torno do ideal científico e a ruptura ética da psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 433-439. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a08.pdf>
- Maldavsky, D. (1997). *Anorexia na infância: metapsicologia e clínica. Uma contribuição ao estudo das dependências precoces*. In L. M. F. Bernardino (Org.). *Neurose infantil versus neurose da criança*. Álgama.
- Mariotto, R. M. M. (2009). *Cuidar, educar e prevenir: as funções das creches na subjetivação de bebês*. Editora Escuta.
- Mariotto, R. M. M., & Pesaro, M. E. (2018, janeiro-abril). O roteiro irdi: sobre como incluir a

- ética da psicanálise nas políticas públicas. *Estilos clin.*, 23(1), 99-113.
<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p99-113>
- Mathelin, C. (1997). Prática analítica em neonatologia. In D. de B. Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço. Intervenções precoces bebê e família*. Álgama.
- Mendlowicz, E. (2000, julho-dezembro). O luto e os seus destinos. *Ágora*, 3(2), 87-96.
<https://www.scielo.br/j/agora/a/v8QBzBP6WNwrvGCLPg9fBwc/?format=pdf&lang=pt>
- Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e a mãe*. Martins Fontes.
- Mieli, P. (2017). *Figuras do espaço: sujeito, corpo, lugar*. Annablume.
- Misès, R., & Silva Junior, P. (2018). *Classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente*. Instituto Langage.
- Montaigne, M. de. (1580). *Ensaios*.
- Nagy, E. & Molnar, P. (2003). Homo Imitans or Homo Provocans? Human Imprinting Model of Neonatal Imitation [Manuscrito a ser publicado em 2004]. *Infant Behavior and Development*, 27(1), 54-63 à paraître en 2004
- Nasio, J.-D. (2001). O que é um caso? In J.-D. Nasio, *Os grandes casos de psicose*. Jorge Zahar.
- Nicolescu, B. (1999). *O manifesto da transdisciplinaridade*. Triom.
- Nicolescu, B. (2000). Um novo tipo de conhecimento: transdisciplinaridade. *Educação e transdisciplinaridade*, 1(2).
- País, A. (1996). Interdisciplina e transdisciplina na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. *Escritos da Criança* – 4 (pp. 23-31). Centro Lydia Coriat.
- Parlato-Oliveira, E. (2019). *Saberes do bebê*. Instituto Langage.
- Parlato-Oliveira, E. (2011). A clínica de linguagem de bebê: um trabalho transdisciplinar. In M. C. Laznik & D. Cohen, *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. Instituto

Langage.

- Peruzzolo, D. L. et al. (2015). Contribuições à clínica da terapia ocupacional na área da intervenção precoce em equipe interdisciplinar. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(2), 295-303.
- Piaget, J. (1972). The epistemology of interdisciplinary relationships. In L. Apostel et al. (Ed.). *Interdisciplinarity: problems of teaching and research in universities* (pp. 127-139). OECD.
- Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. Jorge Zahar.
- Rede Nacional Primeira Infância. (2020). Plano Nacional pela Primeira Infância: 2010-2022/2020-2030. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348. <http://www.unifor.br/notitia/file/184.pdf>
- Silva, C. A. P. (2007). Resenha: O manifesto da transdisciplinaridade. *Revista Famecos*, 14(32), 137-139.
- Sptiz, R. A. (1991). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965)
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade* (M. A. V. Varonese Trad.). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1995)
- Szejer, M. (2016). *Se os bebês falassem* (I. M. Machado, R. Melgaço & T. Bruzzi-Curi Trads.). Instituto Langage.
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo* São Casa do Psicólogo; Fapesp.
- Trevarthen, C., Aitken, K., & Gratier, M. (2019). *O bebê: nosso professor*. Instituto Langage.

- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na psicanálise clínica, instituição, laço social*. Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. (2003). O corpo na psicose. In N. V. de A, Leite (Org.), *Corpolinguagem: gestos e afetos* (pp. 209-214). Mercado de Letras.
- Vorcaro, A. (1998). Doenças graves na infância. In Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões. Escola Lacaniana de Psicanálise, *Trata-se uma criança* (Tomo 1, pp. 333-340). Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. (2011). O efeito bumerang da classificação patológica da Infância. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (2 ed., pp. 219-230). Via Lettera.
- Vorcaro, A., & Veras, V. (2008). O brincar como operação de escrita. *Estilos da Clínica*, 13(24), 24-39. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v13n24/a03v1324.pdf>
- Zanetti, S. A. S., & Kupfer, M. C. M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 11(21), 170-185. <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46009/49634>
- Zavaroni, D. de M. L., Viana, T. de C., & Celes, L. A. M. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 65-70. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/THrZvYF8GzLyy7XRDk7BPSp/?format=pdf&lang=pt>
- Wanderley, D. de B. (2013). *Aventuras psicanalíticas com crianças autistas e seus pais*. Ágalma, 2013.
- Wanderley, D de B., Catão, I., & Parlato-Oliveira, E. (Orgs.). (2018). *Autismo: perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica*. Instituto Langage.
- Winnicott, D. W. (1975). A criatividade e suas origens. In *O brincar e a realidade* (pp. 95-120). Rio Imago.

ANEXOS

1. IRDI

Tabela 1: Indicadores clínicos de risco para desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos

Idade em meses:	Indicadores:	Eixos
0 a 4 meses incompletos:	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3. A criança reage ao manhês. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/ED SS ED PA SS/PA
4 a 8 meses incompletos:	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta. 9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe. 12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	ED/PA ED ED/PA SS/PA ED ED/PA SS/ED/PA ED/FP
8 a 12 meses incompletos:	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 19. A criança possui objetos prediletos. 20. A criança faz gracinhas. 21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto. 22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED/SS ED ED SS/PA FP ED ED ED ED ED ED
De 12 a 18 meses	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno. 26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. 29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios	ED/FP ED/FP ED/FP FP SS/FP FP FP FP FP FP

2. Questionário PREAUT 4º mês

Nº do Centro: 061

Ficha 04: nº

DN: _____ / _____ / _____

Sexo: F() M()

Registro HUB: _____

Data da consulta: _____ / _____ / _____

QUESTIONÁRIO PREAUT 4º Mês

QUESTÃO AO EXAMINADOR

RESPOSTA

VALOR

1) O bebê procura olhar para você ?

a) Espontaneamente

Sim 4

Não 0

b) Quando você fala com ele (proto-conversação)

Sim 1

Não 0

2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?

a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.

Sim 8

Não 0

b) Quando ela fala com ele (proto-conversação)

Sim 2

Não 0

ESCORE TOTAL (1a +b+2a+b) :

Se o escore é superior a 3, não responda às questões 3 e 4.

3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)

a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)

Sim 1

Não 0

b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)

Sim 2

Não 0

c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?

Sim 4

Não 0

4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)

a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)

Sim 1

Não 0

b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)

Sim 2

Não 0

c) O bebê procura suscitar a troca prazerosa com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?

Sim 4

Não 0

ESCORE TOTAL : comparar os escores das questões 3 e 4; reter o valor mais elevado:

DECISÃO DO EXAMINADOR: EXAME NORMAL

CONTACTAR A EQUIPE DE REFERÊNCIA

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS:

3. Questionário PREAUT 9º mês

Nº do Centro: 061			
Ficha 09: nº		Registro HUB: _____	
DN: _____ / _____ / _____	Sexo: F() M()	Data da consulta: _____ / _____ / _____	
QUESTIONÁRIO PREAUT 9º Mês			
QUESTÃO AO EXAMINADOR	RESPOSTA	VALOR	
1) O bebê procura olhar para você ?			
a) Espontaneamente	Sim	4	
	Não	0	
b) Quando você fala com ele (proto-conversação)	Sim	1	
	Não	0	
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?			
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	Sim	8	
	Não	0	
b) Quando ela fala com ele (proto-conversação)	Sim	2	
	Não	0	
ESCORE TOTAL (1a +b+2a+b) :			
Se o escore é superior a 3, não responda às questões 3 e 4.			
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)			
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1	
	Não	0	
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2	
	Não	0	
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4	
	Não	0	
4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)			
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1	
	Não	0	
b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2	
	Não	0	
c) O bebê procura suscitar a troca prazerosa com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4	
	Não	0	
ESCORE TOTAL : comparar os escores das questões 3 e 4; reter o valor mais elevado:			
DECISÃO DO EXAMINADOR:		EXAME NORMAL <input type="checkbox"/>	
		CONTACTAR A EQUIPE DE REFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES CLÍNICAS:			

4. M-CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

Versão Final do M-CHAT em Português

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiúza Losapio.