

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

O LUGAR DO SUJEITO NAS INTERVENÇÕES PRECOSES

FERNANDA STANGE ROSI

VITÓRIA
2019

FERNANDA STANGE ROSI

O LUGAR DO SUJEITO NAS INTERVENÇÕES PRECOSES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área de Subjetividade e Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Ariana Lucero

VITÓRIA
2019

Espaço destinado aos dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)

Fernanda Stange Rosi

O lugar do sujeito nas intervenções precoces

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Aprovada em ____ de _____ de 2019

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ariana Lucero
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Angela Maria Resende Vorcaro
Universidade Federal de Minas Gerais
Membro Externo

Prof. Dr. Jorge Luís Gonçalves dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Agradecimentos

Agradeço à Ariana Lucero, com quem tanto aprendi, pela transmissão, respeito e também amizade.

À Ângela Vorcaro e Jorge dos Santos, pelo rigor teórico com que guiam seus trabalhos e pela contribuição ao longo do processo.

Aos amigos Renata Imperial, Luana Gaigher, Manuella Bersot e Marcelo Gava, pela companhia e aprendizado nestes dois anos.

À Alcione Vasconcellos, pela primeira oportunidade de vivenciar a clínica com bebês e seus pais na UTI Neonatal do HUCAM, nos primórdios do meu percurso na psicanálise e em hospitais. Igualmente, às famílias que pude conhecer e escutar ao longo desses anos e às equipes de saúde que toparam um trabalho tão importante.

À Fernanda Baptista e Ricardo Lugon, que mesmo de tão longe ainda estiveram por perto com suas provocações, sempre tão pertinentes.

Aos amigos do Grupo de Estudos Psicanalíticos de Vitória, por fazerem do caminho na psicanálise menos solitário, em especial Roberto Cheib e Angela Bueno, pela transmissão e aposta; Silvia Mancini e Natália Nespoli, pela escuta e parceria, no trabalho e na vida.

À Nathalia Borba, grande amiga e companheira de poesia e viagens, que jamais me deixa esquecer de que a defesa da liberdade dos modos de existir nos serve de norte, também no trabalho e na vida.

À família: Mãe, pela vida, pelo investimento e amor; Paula, por estar sempre presente e, desde sempre, ensinando tanto; e Malu, por alegrar os nossos dias.

“Pois existe a trajetória, e a trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória somos nós mesmos. Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes”.

(Lispector, C., 1998)

RESUMO

O conceito freudiano de pulsão e seus desdobramentos, relidos sob a orientação lacaniana, permitiram uma nova concepção de corpo e de Eu à luz da psicanálise. Saímos do orgânico para a dimensão do sujeito submetido à linguagem, o que provocou um rompimento com a ideia de um processo de desenvolvimento que desconsidera os efeitos do significante sobre o organismo e seu funcionamento. Ao abordarmos os primórdios do psiquismo pela via pulsional, neste trabalho, retomamos a leitura atenta de Marie-Christine Laznik da montagem em circuito proposta por Lacan (1964/2008) para a formulação de sua hipótese clínica e modelo de intervenção precocíssima no laço pais-bebê. Refazendo o trajeto desses psicanalistas – Freud, Lacan e Laznik – demonstramos de que maneira o malogro na relação entre o *infans* e o *Outro* pode ser lido no corpo, na própria (des)organização das funções corporais e nas produções do bebê, permitindo a muitos autores contemporâneos interrogar os primeiros sinais de um encaminhamento psicopatológico, em especial o autístico. Neste ponto, coube discutirmos o fato de que, ao receber uma pequena criança constrangida em seu desenvolvimento e seus pais, a abordagem profissional e o manejo transferencial podem expandir ou limitar as possibilidades de investimento libidinal e, portanto, influenciar nos caminhos da constituição subjetiva. Considerar as manifestações do bebê como manifestações de uma subjetividade (mesmo incipiente, antecipada), é o que parece diferenciar as intervenções precoces sustentadas pela teoria psicanalítica e as chamadas estimulações, nas quais supomos negligenciadas as defesas possíveis a cada sujeito. São preocupações que ganharam força ao abordarmos a grande polêmica trazida pela Lei 13.438, de abril de 2017, que sugere a investigação de “risco psíquico” em todos os bebês, e não só nos que já se mostrem com dificuldades. O uso de protocolos de avaliação, mesmo que elaborados a partir de um referencial psicanalítico – como o IRDI e o PREAUT –, dividiu as opiniões de psicanalistas envolvidos com o campo da infância e aparece, por isso, em nossa discussão. Ao interrogarmos a (im)possibilidade de uma prevenção de transtornos psíquicos, sustentamos, por fim, um olhar que seja voltado às condições subjetivas que favoreçam o laço familiar, social e, conseqüentemente, a construção de caminhos que facilitem o surgimento de um sujeito de desejo.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Intervenção Precoce; Subjetividade; Bebês.

ABSTRACT

The Freudian concept of *drive* [*Trieb*] and its unfolding, re-laced under the Lacanian orientation, allowed a new conception of the body and of the Ego in the light of psychoanalysis. Taking as a starting point the organic to the dimension of the subject to language, which provoked a break with the idea of a development process that disregards the effects of the signifier on the organism and its functioning. In this work we turn to Marie-Christine Laznik's attentive reading of the circuit proposed by Lacan (1964/2008) for the formulation of his clinical hypothesis and model of early intervention in parent-baby interaction. Remaking the path of these psychoanalysts - Freud, Lacan and Laznik - we demonstrate how failure in the relationship between *infans* and the Other can be read in the body, in the very (dis)organization of bodily functions and in the productions of the baby, allowing for many contemporary authors to question the very first signs of a psychopathological referral, especially the autistic one. At this point, we should discuss the fact that, by receiving a small constrained child in his or her development and their parents, the professional approach and transference management may expand or limit the possibilities of libidinal investment and, thus, influence the pathways of the subjective constitution. To consider the manifestations of the baby as manifestations of a subjectivity (even incipient, anticipated) is what seems to differentiate the early interventions sustained by the psychoanalytic theory and the so-called stimulations, in which we suppose to neglect the possible defenses of each subject. These are concerns that have gained strength in addressing the great controversy brought by Law 13.438 of April 2017, which suggests the investigation of "psychic risk" in all babies, and not only those ones who already have difficulties. The use of assessment protocols, even if elaborated from a psychoanalytic framework - as IRDI and PREAUT - divided the opinions of psychoanalysts involved with the field of childhood and, therefore, appears, in our discussion. When we inquire the (im) possibility of a prevention of psychic disorders, we finally endorse a look that is directed at subjective conditions that favor the family and social bond and also, consequently, the construction of ways that facilitate the emergence of a subject of desire.

KEYWORDS: Psychoanalysis; Early intervention; Subjectivity; Babies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1: O SUJEITO PULSIONAL	18
1.1 PULSÃO EM FREUD	19
1.1.1 Teoria do Apoio	20
1.1.2 Teoria do Desenvolvimento da Libido	21
1.1.3 Teoria do Narcisismo	25
1.1.4 Pulsão de Morte	29
1.2 DO CORPO VIVO AO SUJEITO DA PULSÃO EM LACAN	32
1.2.1 Estádio do Espelho e a constituição do Eu	33
1.2.2 A dimensão fálica como condição para o surgimento do sujeito de desejo	39
CAPÍTULO 2: RETORNO AO SUJEITO PULSIONAL EM TRÊS TEMPOS	46
2.1 OS TRÊS TEMPOS DA PULSÃO EM FREUD	46
2.2 O CIRCUITO PULSIONAL EM LACAN	50
2.3 A FALHA NO CIRCUITO PULSIONAL: UMA HIPÓTESE DE MARIE-CHRISTINE LAZNIK	54
CAPÍTULO 3: “SINAIS DE RISCO” E INTERVENÇÕES PRECOCES	60
3.1 O DADO A VER NO CORPO DO BEBÊ: SINAIS DE RISCO?	61
3.2 INTERVENÇÃO PRECOCE	64
3.2.1 Intervenção precocíssima no laço pais-bebê	65
3.2.2 Caso Leo, de Marie-Christine Laznik	68
3.3 O (SEM) LUGAR DO SUJEITO NAS ESTIMULAÇÕES PRECOCES	72
3.4 O RECONHECIMENTO DE INDICADORES CLÍNICOS DA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA E A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS POR PSICANALISTAS	76
3.4.1 Pesquisa IRDI: Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil	78
3.4.2 Pesquisa PREAUT: Programme Recherche Evaluation Autisme	81
3.4.3 A Lei 13.438 de Abril de 2017 e o uso de protocolos com bebês	83
3.5 PRÉ-VENIR	86
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	102
1. IRDI – INDICADORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	102
2. AP3: AVALIAÇÃO PSICANALÍTICA AOS 3 ANOS	103
3. QUESTIONÁRIO PREAUT	105
4. QDC – QUESTIONÁRIO DO DESENVOLVIMENTO DA COMUNICAÇÃO	107
5. M-CHAT – CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS	108

INTRODUÇÃO

Há muito se discute sobre a proliferação de novos diagnósticos psiquiátricos a partir de modelos nosográficos que buscam abranger a maior quantidade de variantes do comportamento humano, classificando como desviante qualquer sujeito que não se comporte conforme o modelo “adequado” e que, portanto, necessita ser reabilitado. Novas patologias, transtornos e síndromes surgem a cada dia, em uma tentativa de demarcar os limites entre a normalidade e as anomalias, fazendo com que o saber médico-científico exerça seu domínio sobre os demais e influencie diretamente a maneira como se pensa nas questões humanas e nos modelos de cuidado.

Entre tantas classificações e controvérsias, o autismo sempre foi um quadro que gerou polêmicas. De acordo com o atual manual diagnóstico de transtornos mentais (DSM-5), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é incluído dentro dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, que se caracterizam por manifestações que surgem cedo no desenvolvimento, ocasionando déficits que variam desde limitações muito específicas na aprendizagem até prejuízos globais em habilidades sociais e inteligência: “É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento, por exemplo, indivíduos com TEA frequentemente apresentam deficiência intelectual” (DSM-5, 2014, p. 31).

A proximidade entre a doença mental da criança e os quadros antes nomeados de retardo ou idiotia faz parte da história da loucura da criança, na qual inicialmente (1800-1875) apenas o retardo foi demarcado como problema mental infantil. Nos anos subsequentes, até por volta de 1930, a publicação dos primeiros tratados de psiquiatria infantil não foi suficiente para pensar um modelo de tratamento para crianças que se diferenciasse dos métodos educativos: o único tratamento possível era a educação. É válido, portanto, lembrar que é apenas no início do século XX que temos o surgimento de uma verdadeira psicopatologia da infância, fortemente influenciada pelas descobertas da psicanálise. A principal delas consiste em pensar toda manifestação psicopatológica como resultado de um conflito psíquico que, na sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito. No quadro da clínica infantil, estas constatações adquirem uma ressonância bem particular, na medida em que é de uma situação conflitual atual, ou ao menos recente, que dependeriam, então, as perturbações psicológicas (Bercherie, 2001).

A progressão da clínica psicopatológica da criança foi, assim, essencialmente operada por intermédio de estudos de psicanalistas, sendo cada vez menos separável dos esforços psicoterapêuticos que lhe foram consagrados (Bercherie, 2001). Tal clínica não se detinha apenas no desenvolvimento psicológico da criança, mas, diferente do que era concebido na psiquiatria geral (adultos), alertava para a grande mutabilidade que a criança conserva na sua estrutura mental. Esta característica explicaria o fracasso dos métodos clássicos na clínica infantil, por se apoiarem em estruturas fixas, nas quais a evolução já está descrita nos dados de partida. Mesmo assim, o que vemos atualmente é a tentativa de estabelecer prognósticos definitivos a partir de métodos terapêuticos que nem sempre envolvem o sujeito.

Se para a psicanálise é uma evidência – desde Freud, passando pela tão criticada Mannoni (1964/1988), até estudos recentes – que psíquico e mental/cognitivo/intelectual não podem ser dissociados, o privilégio do aprendizado em alguns métodos de estimulação precoce interroga-nos sobre os efeitos subjetivos de tais práticas em certas crianças, em especial, as que apresentam sinais clínicos de um encaminhamento autístico. Com efeito, a falsa ideia de que o precoce refere-se a uma etiologia orgânico-genética determinista leva a conceber o tratamento do autismo nos moldes de uma reeducação, sem considerar a implicação do sujeito (e de suas defesas) nessa organização subjetiva. Coriat (1997) sublinha a necessidade de pensarmos na interseção entre o corpo orgânico e o psiquismo, porém destacando suas radicais diferenças, demonstradas por inúmeros casos clínicos que deixam mais do que claro que com os genes não se herda nada que tenha a ver com a constituição subjetiva. Em cada bebê, como dirá a psicanalista, “isso se constrói a partir do momento em que vê a luz” (p.82).

Atentos aos sinais que apontem entrave ao desenvolvimento e à constituição psíquica, profissionais das mais diversas áreas que se voltam para a primeira infância têm buscado o aprimoramento técnico e o encaminhamento precoce para serviços especializados. Em geral, esse encaminhamento já acontece sempre que o bebê nasce e/ou precocemente apresenta vulnerabilidades maiores do que as comuns aos recém-nascidos saudáveis, preenchendo critérios de risco já estabelecidos para o desenvolvimento, como prematuridade, baixo peso, alterações metabólicas, síndromes genéticas, deficiências congênitas, entre outros (Cf. Espírito Santo, 2017, p.12). Entretanto, as intervenções precoces não se voltam apenas para os casos em que se suspeite ou confirme um problema orgânico. Muitas vezes, a impressão de que “algo não vai bem”, ainda que nenhum exame demonstre sua possível causa, é motivo suficiente para que o bebê receba atenção profissional. Quando, por exemplo, em suas produções, esse bebê foge ao que é esperado pelos parâmetros tomados como referência de normalidade em nossa cultura, bem como quando apresenta sintomas aparentemente restritos a um determinado

aspecto da vida - atrapalhando a execução de uma função específica, como o sono, a alimentação, o controle dos esfíncteres, etc. - ou, ainda, quando o exercício da maternidade ou paternidade com ele ou sua condição socioeconômica produzem um obstáculo, em todas essas situações um sinal de alerta é emitido. Se hoje faz-se possível a detecção precoce de sinais de um encaminhamento psicopatológico, é preciso certo cuidado com o manejo transferencial e também com o diálogo transdisciplinar, para que tratar o sofrimento de um bebê não se resuma a um diagnóstico precipitado, cheio de efeitos iatrogênicos.

A construção, ao longo do tempo, sobre a diferença entre crianças e adultos implicou o surgimento de diversas escalas que, por sua vez, passaram a estabelecer a correspondência entre determinadas idades e determinadas aquisições. Disso resultou uma variedade de testes e técnicas cuja intenção é avaliar o desempenho da criança, indicando saídas “normais” ou “patológicas” (Jerusalinsky, J., 2002). É comum, desde então, que os serviços responsáveis pelo acompanhamento de crianças muito pequenas baseiem suas ações em critérios psicométricos e nos marcos do desenvolvimento, não como parte daquilo que o profissional deve conhecer e relacionar ao amplo contexto em que a criança está inserida, mas transformados em metas a serem alcançadas pela criança como finalidade do tratamento. Em busca de sinais deficitários, voltam a investigação clínica para o objetivo de fechar um diagnóstico precocemente, e seu foco para a reabilitação, estimulação e, frequentemente, a medicalização indiscriminada. É quando vemos consideradas somente as manifestações do bebê, menosprezando outros atravessamentos possíveis e que teriam participação no processo de adoecimento e sofrimento dos quais elas nos dão notícia.

Partindo do pressuposto de que as condições para a saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e dependem das relações corporais, afetivas e simbólicas que se organizam entre o bebê e seus cuidadores, tornando indissociáveis a motricidade, inteligência, socialização, domínio da linguagem e o psiquismo (Zimmermann, 2017, p.48), o objetivo desta discussão é ressaltar a aposta psicanalítica em uma mudança de paradigmas no cuidado com a primeira infância, indo da lógica do referencial nosológico dos manuais diagnósticos, dos quais o DSM-V é exemplo, à lógica da promoção de saúde mental e das condições para a constituição subjetiva (Rabello, 2012).

Lacan (1960b/1998), em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano”, discute o fato de a Psicanálise derivar do método inaugural da ciência moderna, operando nele, entretanto, uma subversão radical, pela qual mantém na cena (por isso dita Outra cena, a do inconsciente) aquilo que o discurso da ciência, por ser universal e contingente, introduziu mas, no mesmo golpe, expeliu de seu campo operacional: o sujeito. Deste modo, “a

psicanálise opera com o sujeito, o mesmo da ciência, que no entanto sobre ele nada opera” (Alberti & Elia, 2008, p.6). Ainda que calado pela ciência, o sujeito não deixa de se manifestar e, justo por isso, fez-se possível à psicanálise reconhecê-lo e acolhê-lo.

Se o trabalho do psicanalista nos serviços de saúde baseia-se em acolher o sujeito em sua manifestação e promover seu reconhecimento pela equipe multidisciplinar (Erlich & Alberti, 2008), podemos dizer que, no que tange à escuta de bebês em sofrimento, esse reconhecimento também se estende aos pais e cuidadores, proposta que se faz presente desde a escolha do nosso título: *O lugar do sujeito nas intervenções precoces*. Ao ressaltarmos o lugar do sujeito, apontamos para a sustentação ética que norteia o trabalho psicanalítico, seja onde for, interrogando as formas de cuidado que escamoteiam, em suas práticas, toda subjetividade implicada nos processos de adoecimento. A suposição de sujeito, primordialmente exercida pelo agente da função materna, permite uma antecipação e, assim, cria condições para que ele advenha, o que, nesta clínica, nos serve como um importante indicador. Por isso a importância dos pais e/ou cuidadores – alguém que encarne essa função de modo singular, com um desejo não anônimo, mas endereçado àquela criança em particular. Cabe ao psicanalista “mapear” como se desenha essa estruturação primordial para cada bebê que apresenta sinais de constrangimento em sua constituição psíquica. Assim, também a escolha do termo *intervenção* merece destaque. Do latim, “*interventione*”, refere-se ao ato de intervir, colocar-se entre, sugerindo uma ação mediadora de um terceiro (Ferreira, 1986). Esta noção pareceu a que melhor se aproxima da direção psicanalítica e, portanto, pretendida por este trabalho. É possível pensar na *posição de terceiro* a partir da referência à ordem simbólica, que coloca a lei como mediadora do laço mãe-bebê (Campanário, 2008, p. 111). Segundo Neves & Vorcaro (2010), ao tratarem do ato analítico com crianças, o fazer do psicanalista está apoiado no funcionamento inconsciente, inserido no campo da palavra e da linguagem e, desde que sob efeito da transferência, possibilita que um corte seja operado:

O psicanalista sustenta uma posição de *sujeito suposto saber*, no entanto não confunde sua posição com a dos pais. Ainda que em alguns casos seja importante exercer suplência do Outro primário, efetuando um agenciamento da função materna, a sua função não se confunde ou se limita a isto. Como vimos, o sujeito suposto saber é apenas um *terceiro* no fenômeno da transferência, que ocorre de um outro ao Outro. Portanto, o psicanalista faz uso da transferência e sustenta o lugar de sujeito suposto saber, mas não se encarna como o saber último. A finalidade é a de restabelecer o laço que estava partido no seio familiar e no campo social, e não substituir ou equivaler sua posição com a dos pais nesta dinâmica (Neves & Vorcaro, 2010, p. 394, *italico* nosso).

As mesmas autoras destacam o fato de, ainda hoje, encontrarmos práticas com bebês, no âmbito da psicologia, pouco discernidas quanto à sua direção teórica. Sabemos que toda construção freudiana foi motivada pelos percalços de sua experiência clínica e, ainda que tenha resultado em uma abrangente teoria, esta jamais pretendeu fechar-se em si, dando-se como terminada. A orientação lacaniana, mais ainda, nos ensina que não é possível preencher a falta com o saber. Sempre haverá um resto inassimilável, resto esse que move o sujeito. Nessa perspectiva, o saber tem uma relação com o “não-todo”, com a falta (Diniz, 2011). Isso não quer dizer que se deva desprezar o rigor formal da teoria. Ao contrário, dizer que a clínica psicanalítica, cujo método resulta sempre na ciência do singular, tem como precondição um ponto de abertura ao *novo* a cada encontro, apenas reforça a necessidade de retorno ao texto para, clinicamente, avançar. Afinal, é a direção teórica que permite ao analista, movido pelo seu próprio desejo, ocupar um lugar dito vazio, suporte para o surgimento do sujeito. Especialmente neste trabalho, veremos de que maneira a teoria sustenta a formulação de indicadores clínicos a que nos atentamos no cuidado com crianças pequenas e que autorizam as chamadas intervenções precoces norteadas pela ética psicanalítica.

Se chamamos as intervenções de *precoces*, é somente por apontarmos a necessidade e a possibilidade de intervir o *mais a tempo possível e a qualquer tempo*, sempre que diante de qualquer sinal de dificuldade no laço entre o bebê e seu meio social, sinal este expresso por meio de indícios, marcadores lógicos que, quando ausentes, influenciarão diretamente nos caminhos da constituição subjetiva. Consideradas fundamentais para a assunção do sujeito de desejo, abordaremos ao longo do texto as quatro operações consideradas constituintes e sustentadas pelas funções materna e paterna, compreendendo as produções do bebê como efeito dessas inscrições. São elas: *suposição de sujeito*, quando o agente materno antecipa um sujeito desejante no bebê a partir de suas primeiras produções; *estabelecimento da demanda*, quando as produções do bebê são compreendidas pela mãe como um pedido dirigido a ela e, a partir daí, de fato o bebê pode demandar; *alternância presença-ausência*, tomada aqui em sua dimensão psíquica, e não física; e *alterização*, que consiste em que o bebê fique referido, em suas manifestações, não a seu próprio corpo, mas a uma ordem simbólica, que passa a ter o valor de uma referência terceira no laço mãe-bebê (Jerusalinsky, J., 2002, p.251-252). A compreensão destes indicadores clínicos depende da distinção inicial entre corpo biológico e corpo pulsional, que, para ser alcançada, exigirá que voltemos ao ensino freudo-lacaniano. Ao partirmos da fundamentação teórica que permitiu aos psicanalistas a construção desses marcadores ficará mais fácil notarmos sua importância na clínica com bebês e seus pais e também o seu aproveitamento pelos idealizadores do protocolo IRDI, cuja importância e

também a polêmica da adoção de seu uso por profissionais da saúde serão trazidas no terceiro capítulo deste trabalho. Veremos que a relação entre o bebê e o Outro também está na base da construção do PREAUT, que participará da mesma discussão. Reconhecer a importância destes instrumentos não nos impedirá de interrogar a defesa de sua adoção pelos serviços de saúde.

Pretendemos, então, traçar um trajeto que se inicia no *Capítulo 1 - O sujeito pulsional*, com a construção do conceito de *pulsão* por Freud (1905, 1914, 1915, 1920), passando pelas Teorias do *Apoio* e do *Desenvolvimento da Libido*, além dos conceitos de *Narcisismo*, *Pulsão de Morte* e os desdobramentos que culminaram com a defesa lacaniana da inscrição significativa no corpo como efeito das relações entre o bebê e seu meio social, condição para a subjetivação (Lacan, 1949, 1953-54, 1957-58, 1960, 1964). Abordar o conceito de pulsão a partir de Freud para, assim, chegarmos em Lacan, é imprescindível para compreendermos como se deu a elaboração da noção de corpo introduzida pela psicanálise e que se mostra tão diferente da concepção desenvolvimentista. Tomaremos, a partir daí, o corpo como corpo pulsional, desnaturalizado, demonstrando como as fases do desenvolvimento dependem, não de um percurso cronológico, maturacional, mas da articulação entre Real, Simbólico e Imaginário, expressa tanto nos cuidados mãe-filho como na resposta do bebê a essas inscrições, tomando a dimensão fálica em sua importância constitutiva.

No *Capítulo 2 – Retorno ao sujeito pulsional em três tempos*, trabalharemos o caráter impelente da pulsão trazido por Freud (1915/2017), que descreve o trajeto pulsional em três tempos: um *ativo*, em que o bebê busca o objeto externo; um segundo tempo chamado de *reflexivo*, marcado pelo retorno da pulsão para o próprio corpo de maneira autoerótica; e, por fim, um tempo *passivo*, necessário ao remate pulsional e momento em que a criança *se faz* objeto de um *novo sujeito*. Relido por Lacan (1964/2008), no *Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, o trajeto pulsional ganha novos contornos. Nele, todo o registro da necessidade, presente na elaboração freudiana, dá lugar a um circuito que se fecha em seu ponto de partida. A partir daí, para a pulsão, não se trata mais de ir na direção de um objeto da necessidade para satisfazer-se, mas sim de encontrar um objeto que a cause, isto é, que retorne sobre ela mesma e a permita percorrer todos os tempos necessários para seu remate inúmeras vezes (Laznik, 2004, p. 79). Ao introduzir a dimensão da demanda e do desejo, Lacan (1964/2008) nos mostrará como, uma vez assujeitado a um outro, neste terceiro tempo do circuito pulsional, torna-se possível para o bebê ascender ao campo do Outro simbólico. Se o circuito pulsional se dá em três tempos, também a nossa discussão se divide em três distintas etapas: iniciaremos em Freud, passaremos por Lacan, com suas modificações e acréscimos que são fundamentais, para chegarmos, por fim, à hipótese de Marie-Christine Laznik (2004, 2011,

2013) de que, em uma criança em vias de tornar-se autista, haveria uma falha na instauração do circuito pulsional completo, mais especificamente marcado pela ausência do terceiro tempo.

Seguido deste percurso teórico, entraremos no *Capítulo 3 – “Sinais de risco” e intervenções precoces*, tendo que lidar com a discussão atual e cheia de controvérsias sobre a noção de *risco* de autismo e outras graves psicopatologias. Sem pretender um aprofundamento em questões etiológicas, ilustraremos com o caso Leo (Laznik & Pelabon, 2017), de Marie-Christine Laznik, como as condições orgânicas de um bebê podem suscitar ou agravar impasses constitutivos, mas ainda assim não se colocam como determinantes, já que a dimensão do sujeito extrapola os limites do corpo e do diagnóstico. Sustentando a posição psicanalítica a respeito da infância como um tempo de não-definição, em que o laço com o Outro é condição para o surgimento do sujeito de desejo, seguiremos Julieta Jerusalinsky (2002; 2014) para demonstrar uma possibilidade de leitura de sinais no *dado a ver* no corpo do bebê que possam indicar dificuldades em sua relação com o Outro primordial e, portanto, constitutivas. Expressos por meio da desorganização corporal, bem como de dificuldades na realização de suas funções, o sintoma *dado a ver* no corpo manifesta o percurso de seus circuitos pulsionais, o que, mais uma vez, reforça a importância do conceito de pulsão, em qualquer clínica psicanalítica, é claro, mas sobretudo na clínica com bebês e crianças pequenas. Não será demais ressaltar, entretanto, que a presença de *sinais de entrave* não deve ser tomada como signo de uma patologia já estabelecida, mas sim como *sinais de alerta* nesta clínica. Neste ponto, interrogaremos a obrigatoriedade da adoção de um instrumento padronizado para detecção destes sinais pelos serviços de pediatria, trazida pela Lei 13.438, de 26 de Abril de 2017 (Brasil, 2017a), que prevê a aplicação de um protocolo ou instrumento de detecção de *risco psíquico* a todas as crianças que tenham entre zero e dezoito meses, e o *risco* de que, confundindo os sinais de risco com sinais da patologia em si, o objetivo principal acabe sendo o de diagnóstico precoce, e não o de um olhar a tempo (a tempo de evitar a cronificação de certos quadros, por exemplo).

Não nos furtaremos, por fim, de abordar a atualíssima discussão sobre a construção e adoção de protocolos por psicanalistas, reforçando o fato de que a psicanálise não opera diagnóstico sem intervenção e que, portanto, a interpretação de quem se utiliza de protocolos não é dispensada durante o processo, deixando de lado qualquer possível neutralidade. Aqui, também importará discutirmos o caráter supostamente preventivo dessas avaliações e o fato de que não há intervenção que possa dar garantias de seus efeitos, sempre imprevisíveis. Sendo este aspecto uma posição ética nas intervenções precoces, que, apoiadas na relação transferencial, voltam-se para o laço pais-bebê, tentaremos apresenta-lo como ponto diferencial

entre elas e as chamadas estimulações – neste trabalho referidas ao modelo terapêutico que toma as tabelas do desenvolvimento não como parte daquilo que o profissional deve conhecer para sua própria referência, mas transformadas em metas a serem alcançadas pelo bebê como objetivo do tratamento. Como surge o desejo? Como nasce um sujeito no real? Tendo estas perguntas como base, Coriat (1997) nos ensina que o que interessa à psicanálise é o desejo, e não as habilidades condicionadas, já que “atingir a eficácia de qualquer habilidade carece de sentido se não há ali um sujeito do desejo que se faça cargo delas” (p.50). São, portanto, as mesmas questões que motivam e justificam esta pesquisa.

CAPÍTULO 1: O SUJEITO PULSIONAL

Há uma grande diferença entre a concepção tradicional de *corpo* e a noção trazida pela psicanálise desde as primeiras publicações freudianas. Os efeitos do avanço da ciência sobre a maneira como o corpo é visto e cuidado transformam também a formação médica, cada vez mais especializada. Do corpo tomado como uma máquina, vem acompanhada a expectativa de desvendar e explicar de forma minuciosa a complexidade de seu funcionamento. Relacionando os sintomas ao seu substrato biológico, a investigação por imagens, os exames apuradíssimos e o grande investimento na pesquisa genética, que contribuem para descobertas relevantes, seguem, entretanto, uma linha de atuação que escamoteia o componente psíquico do adoecimento e a implicação subjetiva na resposta ao que se apresenta no corpo. Da mesma forma, o advento das neurociências convoca a necessidade de se desvendar o funcionamento cerebral, considerando a vivência humana como efeito de sua atividade. O sofrimento psíquico, então, aparece relacionado a uma perturbação neste funcionamento e seu tratamento implica, necessariamente, a correção de um defeito.

No que tange à psicanálise, ao longo da obra freudiana é possível perceber a influência de sua formação médica e da exigência metodológica a que tentou responder com uma constante preocupação com o rigor científico na construção de conceitos que tornaram-se caros à psicanálise, como evidencia seu *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895. Neste trabalho, Freud (1895/1996) apresentou sua expectativa de “prover uma psicologia que seja ciência natural, isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição” (p.347).

Apesar de partir de uma abordagem neurofisiológica para tentar explicar os fenômenos com que se deparava na clínica, fazendo jus ao modelo positivista característico de sua época, já em 1893, Freud (1893/2016) mostrava-se intrigado com as histéricas e com o fato de agirem como se a anatomia não existisse, impossibilitando uma explicação orgânica para seus sintomas conversivos, o que serviu de ponto de partida para suposições teóricas que o distanciaram da neurologia e permitiram o surgimento da psicanálise. Ao defender que sintomas histéricos seriam substitutos de processos psíquicos, tendências e desejos investidos de afetos e, assim, a expressão de um conflito cujas raízes estariam na história do sujeito, Freud (1905/2016, p. 60) demonstra os atravessamentos da sexualidade no corpo, desnaturalizando-o.

O entendimento da formação das neuroses pela psicanálise serviu como base a Freud para a elaboração de conceitos fundamentais, entre eles o de *pulsão*, foco do nosso interesse neste capítulo. Revisitado por Lacan, este conceito será imprescindível para a compreensão acerca da organização da libido, cujas fases de desenvolvimento dependem, não de uma evolução cronológica ou maturacional, mas de um tempo lógico em que se articulam o Real do corpo, o Simbólico do discurso que o enlaça e o Imaginário daqueles que dele se ocupam, no contato de cada sujeito com a castração: complexo fundador do inconsciente. Desta maneira, tornar-se-á possível a discussão sobre a inserção na linguagem e seus efeitos constitutivos, ressaltando a possibilidade de entraves que resultem em psicopatologias graves, principalmente o autismo.

1.1 PULSÃO EM FREUD

Utilizando-se de termos neurofisiológicos, em seu *Projeto*, como dissemos, Freud (1895/1996) parte de um modelo quantitativo de energia circulante entre os neurônios, associando ao mecanismo de prazer-desprazer a descarga de um excesso de tensão pela via motora, para chegar ao que será considerado o primeiro esboço do funcionamento do aparelho psíquico. Distingue, neste artigo, os estímulos provenientes do mundo externo e os de natureza endógena, sendo estes últimos uma força constante cuja tensão a descarga motora mostra-se incapaz de aliviar por completo (p.370), noção precursora do conceito de pulsão, elaborado mais tarde.

Em seguida, considerando que os fenômenos neurofisiológicos tivessem seu equivalente no nível psíquico, descreverá a experiência de satisfação resultante do alívio da tensão possibilitado pelos cuidados maternos e o estabelecimento de uma certa facilitação por meio da qual o bebê buscará, diante de nova tensão, repetir esta experiência de maneira alucinatória. Destaca-se, no texto freudiano, o traço de desamparo do recém-nascido e a dependência radical do outro para sua sobrevivência e constituição subjetiva, ao sustentar desde o início de que maneira nos cuidados básicos está implicado um grande investimento afetivo, realizado a partir da atribuição do seu saber inconsciente e funcionando, por isso, como organizador das funções do corpo e responsável por introduzir o sujeito na cultura.

Ainda hoje considerada polêmica, veremos a seguir como a teoria desenvolvida por Freud (1905/2016) traz a presença da sexualidade já nos primeiros tempos da infância e demonstra como o corpo do bebê, erogeneizado pelos cuidados maternos, sai do seu estatuto de puro organismo e, marcado pela relação com o outro, emerge como corpo pulsional. Iniciemos,

portanto, nosso percurso pelas principais formulações freudianas que ajudaram a delimitar o conceito de pulsão.

1.1.1 Teoria do Apoio

Nos seus *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud (1905/2016) introduz o conceito de pulsão [*Trieb*] enquanto representante psíquico de uma fonte endossomática (interna) de constante excitação, em contraste com um estímulo vindo de fora. Situando este conceito na fronteira entre o psíquico e o somático, diferencia as pulsões entre si e a especificidade de seus atributos por meio de suas fontes (órgão de onde parte o processo excitatório) e suas metas (remoção do estímulo no órgão). Estas zonas de onde partem o impulso, chamadas *erógenas*, dão sinais dos atravessamentos da sexualidade no corpo e demonstram ser efeito dos cuidados realizados pelo outro ainda na infância.

Neste momento de sua teoria, divide as pulsões em Sexuais e do Eu (ou de autoconservação) e define a função de *apoio* para esclarecer o processo de diferenciação que se efetua entre elas. Assim, a satisfação da pulsão aparece inicialmente ligada à satisfação orgânica das necessidades corporais, só depois se desvinculando dela. Oferece como exemplo a nutrição do lactente: na amamentação, o seio torna-se uma fonte de prazer sexual (zona erógena) e o afluxo de leite é a causa da sensação de prazer. Em seguida, Freud (1905/2016, p.85) apontará a ocorrência de uma dissociação entre a satisfação da necessidade de alimento e o prazer erótico produzido por essa primeira experiência, momento a partir do qual o bebê busca repetir a atividade, retirando o apoio da pulsão sexual no objeto externo (seio) e passando a funcionar de modo autoerótico (a que se refere como “chuchar com deleite”). Neste momento, os lábios tornam-se a fonte e o objeto da pulsão sexual. A sexualidade só se tornaria autônoma, portanto, secundariamente, e este processo se repetiria em relação a outras funções corporais, constituindo novas zonas erógenas. É importante ressaltar o fato de que qualquer parte do corpo pode ter a função de zona erógena e, além disso, a produção da sensação de prazer depende mais da qualidade do estímulo do que da natureza da parte do corpo.

Assim como a zona labial, Freud (1905/2016, p.92) dirá que a localização da zona anal a torna adequada para favorecer um apoio da sexualidade em outras funções do corpo. Distúrbios intestinais, frequentes na infância, provocariam excitações intensas nessa zona, bem como a retenção e a liberação das fezes, responsáveis por um prazer secundário à defecação, associado à relação estabelecida entre o lactente e seus cuidadores, a quem oferece (ou não) seus “produtos”, fato importante que será retomado adiante.

Das zonas genitais, por fim, dirá que sua situação anatômica, o afluxo de secreções e o estímulo envolvido nos cuidados de higiene tornam inevitável que a sensação de prazer que essa área do corpo é capaz de produzir seja notada pela criança ainda quando bebê e desperte a necessidade de repeti-la por meio da masturbação.

A ideia de *apoio* da sexualidade na satisfação das necessidades permite a Freud uma certa continuidade da concepção trazida em seu *Projeto* (1895/1996, p.170) sobre o princípio de funcionamento do aparelho psíquico, no qual um aumento de tensão é sentido como desprazer, enquanto a descarga repercute como prazer. Entretanto, mesmo com este viés aparentemente biologizante, fica claro como desde o início está em jogo a relação entre o bebê e seu cuidador, responsável pela ação capaz de apaziguar as necessidades, experiência da qual provém a inscrição de traços mnêmicos e atributos dessa “pessoa experiente” (*Nebenmensch*). Fernandes (2000, p. 74) nos lembra que tomar o surgimento da pulsão sexual como dependente da satisfação biológica implicaria reconhecer que uma criança bem-nutrida teria, por conseguinte, sua organização pulsional funcionando autoeroticamente em torno de suas zonas erógenas, o que não se verifica na clínica, especialmente nos casos de autismo e de anorexia nos bebês, nos quais, a despeito do perfeito funcionamento biológico, o erógeno parece não se instaurar. Como separar o pulsional do fisiológico, então? O estudo das fases de organização sexual será nosso ponto de partida, mas este embaraço será melhor desfeito por Lacan, conforme veremos ainda neste capítulo.

1.1.2 Teoria do Desenvolvimento da Libido

Como pudemos constatar até este momento, Freud (1905/2016) atribui à sexualidade infantil um componente essencialmente autoerótico, ou seja, o fato de o bebê encontrar o objeto em seu próprio corpo, e a presença de pulsões parciais independentes entre si na obtenção do prazer. Este desenvolvimento se daria em diferentes tempos, culminando com a vida sexual do adulto, na qual supõe que o prazer estaria primeiramente a serviço da função reprodutiva e as pulsões parciais sob o primado dos genitais.

As primeiras fases, *oral* e *sádico-anal*, serão chamadas por Freud (1905/2016, p.107) de *organizações pré-genitais* por corresponderem à etapa da vida sexual na qual as zonas genitais ainda não assumiram o papel predominante. A *fase oral* se caracteriza pelo prazer ligado à ingestão de alimentos e à excitação da mucosa dos lábios. Sua meta sexual está ligada à incorporação dos objetos, cujo modelo, sob a forma da identificação, desempenhará um papel fundamental na vida psíquica. Ainda que associado à satisfação da necessidade (nutrição),

Freud (1917a/2014) não ignora que, depois de saciado, o bebê exiba “uma expressão de bem-aventurada satisfação, a mesma que, mais tarde, se repetirá em seguida à experiência do orgasmo sexual” (p.415). Para o psicanalista, fica evidente que o ato de sugar possui características decisivas da sexualidade infantil também presentes nas demais etapas do desenvolvimento.

A *fase sádico-anal* já apresenta o antagonismo que permeia toda a vida sexual e é caracterizada pelo predomínio da zona anal. É a primeira fase em que se constitui uma polaridade atividade-passividade. Freud (1905/2016, p.109) faz coincidir a atividade com o sadismo (pulsão de apoderamento) e a passividade com o erotismo anal. O sadismo, em sua ambivalência, visaria destruir o objeto e, ao mesmo tempo, mantê-lo por meio da dominação. Desta maneira, encontraria a sua correspondência privilegiada no funcionamento do esfíncter anal (evacuar/reter) e no controle deste. A relação da criança com as fezes, consideradas parte de seu próprio corpo e, portanto, um primeiro “presente” oferecido (ou não) por ela, diz respeito também à relação que estabelece com seus cuidadores, o que Freud (1917a/2014) reforça nesta passagem de suas “Conferências Introdutórias”:

O lactente não sente nojo de suas fezes, ele as estima como parte de seu corpo, da qual não quer se separar e de que se vale como primeiro “presente” para pessoas de quem gosta muito. Mesmo depois de a educação ter alcançado seu intento de afastá-lo dessas inclinações, a valorização dos excrementos tem continuidade no apreço pelo “presente” e pelo “dinheiro” (p.418).

Em sua abordagem sobre as zonas erógenas do corpo da criança, Freud (1905/2016, p. 93) aponta as genitais como pouco importantes em uma fase inicial, mas destinadas a grandes coisas no futuro. Afirmará, inicialmente, que a reunião das pulsões parciais e sua subordinação, sob o primado dos genitais, não são obtidos antes da *fase genital* da organização sexual infantil. Entretanto, Freud (1917c/2014) mostra-se pouco convicto de que as pulsões se subordinem ao primado genital de maneira decisiva, afirmando que

os impulsos [moções pulsionais] sexuais apresentam extraordinária plasticidade, se posso dizê-lo dessa maneira. Um pode substituir o outro e assumir sua intensidade; se a satisfação de um deles é frustrada pela realidade, a de outro pode proporcionar plena compensação. Eles se relacionam entre si como uma rede de canais intercomunicantes cheios de líquido, e isso a despeito de sua submissão ao primado dos genitais, o que não é tão fácil de conciliar numa representação (p. 459).

Estas considerações são importantes por destacarem a principal característica dos objetos em sua grande capacidade substitutiva e o fato da busca de prazer sobrepor-se a qualquer hierarquia. Além disso, um acréscimo à teoria da sexualidade é feito por Freud em

1923, no artigo “A organização genital infantil”, momento em que esta fase passa a ser chamada de *fase fálica*, e quando esclarece a principal diferença entre a vida sexual infantil e a do adulto, no que a primazia fálica se faz destacar. Freud (1923a/2011), neste artigo, dirá 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 fálica” (p. 171).

Com isso, o autor afirma que a diferença entre a sexualidade infantil e a sexualidade adulta está para além da subordinação das pulsões parciais aos genitais e ao surgimento na puberdade da escolha de objeto sexual. Freud (1923a/2011) dirá que este órgão que se excita facilmente, que se modifica e promove tantas sensações, ocupa em alto grau o interesse do menino e, somado ao enigma da origem dos bebês, provoca uma série de pesquisas, que culminam com a constatação de que o pênis não é um bem comum a todos os seres. Retomando o que já havia escrito em “Sobre as Teorias Sexuais Infantis”, em 1908, Freud (1923a/2011) explicitará a reação do menino frente à diferença sexual:

Eles recusam essa ausência, acreditam ver um membro, atenuam a contradição entre o que viram e o que esperavam, mediante a evasiva de que ele é ainda pequeno e crescerá, e aos poucos chegam à conclusão emocionalmente significativa de que no mínimo ele estava presente e depois foi retirado. 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 (p. 173).

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, 1925/2011).

As consequências psíquicas da apreensão da diferença entre os sexos foram trabalhadas por Freud (1925/2011) quando relacionou os efeitos do Complexo de Édipo e, portanto, do Complexo de Castração, na formação das neuroses. Descreve de forma detalhada, como não será possível aqui, o percurso do menino, para quem a mãe comparece como objeto amoroso e o pai como rival, até que percebe com horror a castração na mãe, teme perder seu próprio órgão e abandona seu objeto de amor. Desta maneira, pelo interesse narcísico por seu pênis, sai do conflito. 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. As vicissitudes da sexualidade feminina foram abordadas em textos específicos que não entram no escopo desta dissertação. Contudo, cabe destacar a capacidade de Freud de propor modelos explicativos universais, mas que comportam as singularidades – base para a leitura estruturalista proposta por Lacan.

Voltando às nossas investigações sobre o desenvolvimento da libido, em seguida temos, então, o *período de latência*, no qual a pulsão sofre com entraves da cultura, e cujas saídas possíveis estão o asco, a vergonha e as exigências morais, enquanto formações reativas. Com um lugar central na teoria freudiana, o Complexo de Édipo é tão significativo que mostram-se fundamentais as consequências da forma como é particularmente iniciado e, principalmente, em sua saída, os processos psíquicos que darão diferentes destinos para os investimentos libidinais. Além disso, seus objetos são incorporados ao Eu e formam o âmago do que será concebido como Supereu, herdeiro do Édipo. Freud (1925/2011) esclarece que

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 – seguindo 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 (p. 297).

Com a chegada da puberdade, as pulsões sexuais, até então autoeróticas e parciais, encontram um objeto sexual em função da combinação das pulsões parciais sob o primado da zona genital. Segundo Freud (1905/2016), 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” (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, 1905/2016, p. 143). Considera, desta maneira, que uma vida sexual dita normal dar-se-á através da exata convergência das correntes afetivas e sensuais na direção do objeto, como evidencia nesta passagem:

O desenvolvimento ulterior possui dois objetivos, para dizê-lo da forma mais concisa possível: em primeiro lugar, abandonar o autoerotismo, trocar novamente o objeto do próprio corpo por um objeto exterior; em segundo lugar, unificar os diversos objetos dos instintos [das pulsões], substituindo-os por um único objeto. Isso, é claro, só é possível se esse objeto único for um corpo em sua totalidade, semelhante ao corpo do próprio indivíduo. Além disso, esse desenvolvimento não pode se dar sem que certo número de impulsos instintuais [moções pulsionais] autoeróticos sejam considerados inúteis e, portanto, abandonados (Freud, 1917b/2014, p.437).

Faz-se importante ressaltar que, apesar de a noção de desenvolvimento da libido ter sido disposta por Freud em fases de organização sexual, a ênfase maior recai sobre a diferença existente entre elas e não sobre uma ordem cronológica. Lembramos que a temporalidade em psicanálise é sempre lógica. Num outro aspecto, uma fase também não é uma etapa a ser superada, uma vez que a passagem de uma fase a outra não significa o completo abandono da anterior, podendo inclusive coexistirem. Com o mecanismo de “regressão”, Freud (1917c/2014, p.450) demonstra de que maneira, sob certas circunstâncias, o sujeito volta a recorrer a uma antiga posição libidinal, à qual, pelo menos, em tese, já deveria ter renunciado. Além disso, cada vez mais, Freud (1908b/1996) se dá conta de que “nada é tão difícil para o homem quanto abdicar de um prazer que já experimentou. Na realidade, nunca renunciamos a nada” (p. 136). O que difere a psicanálise das teorias psicológicas do desenvolvimento é o fato de considerar, como nos lembra Zimmermann (2017), que o sujeito se constitui a partir da interação complexa entre o corpo e o psiquismo. A mesma autora ressalta que o modelo proposto por Freud, na teoria das pulsões, permitiu-nos entender as formas representacionais por meio das quais o sujeito organiza sua constituição psíquica:

Trata-se da organização de uma estruturação psíquica básica, organização esta que lhe possibilitará fazer uso de suas funções instrumentais e de suas relações com o ambiente. Dessa forma, a motricidade, a inteligência, a socialização e o domínio da linguagem são indissociáveis do psiquismo (Zimmermann, 2017, p.48).

A ideia de uma organização psíquica e libidinal será imprescindível para a compreensão dos efeitos no corpo em crianças para as quais a constituição psíquica apresenta entraves. Por ora, daremos continuidade à Freud com a introdução do conceito de Narcisismo, ampliando a discussão trazida pela Teoria da Libido.

1.1.3 Teoria do Narcisismo

Podemos dividir a obra freudiana em dois grandes momentos. O primeiro deles corresponde à divisão tópica do aparelho psíquico que distingue os sistemas *inconsciente*, *pré-consciente* e *consciente*, cada um com sua função, tipo de funcionamento e conteúdos representativos específicos. Apresentado já em sua “Carta 52” [a Fliess], datada de 06 de dezembro de 1896, este modelo de funcionamento obedece princípios por meio dos quais surge o antagonismo entre as Pulsões Sexuais, inconciliáveis com o Eu e, portanto, geradoras de desprazer, e as Pulsões do Eu (de autoconservação), que estariam a serviço do Eu e representariam as exigências da realidade. A introdução do conceito de Narcisismo por Freud,

em 1914, interrogará este dualismo, uma vez que o próprio Eu torna-se objeto de investimento libidinal. Este é um ponto de articulação teórica necessária para a concepção da segunda tópica do aparelho psíquico (*Isso, Eu e Supereu*), em 1923, decorrente da ocasião em que Freud (1920/2006) propõe um novo dualismo pulsional entre Pulsões de Vida e de Morte e do momento em que o *Eu* volta a assumir certa centralidade frente às forças ocultas do inconsciente.

Na tentativa de compreender o comportamento de retirada da libido dos objetos e seu retorno para o Eu, frequente nas psicoses, Freud (1914/2004) observa que também os neuróticos são capazes de desistir de sua relação com a realidade, apesar de jamais romperem seu vínculo erótico com as pessoas e as coisas, conservando-o na fantasia. Interessado em saber qual seria o destino da libido que foi retirada dos objetos, o autor chegará à concepção de que

originalmente o Eu é investido de libido e de que uma parte dessa libido é depois repassada aos objetos; contudo, essencialmente, a libido permanece retida no Eu. Poderíamos dizer que ela se relaciona com os investimentos realizados nos objetos de modo análogo àquele com que o corpo de um protozoário se relaciona com os pseudópodes que projeta em relação ao objeto (p. 99).

Considerada por Freud (1914/2004, p.100) uma ampliação necessária do pressuposto anterior, que distingue duas pulsões, a diferenciação entre a Libido do Eu e a Libido Objetal está agora colocada. No princípio, dirá que ambas coexistem de forma indiscernível no estado de *narcisismo primário*, o que torna possível a suposição de uma só libido (sexual). Somente quando passa a ocorrer um investimento nos objetos é que se torna possível diferenciar os dois tipos de energia da pulsão. Assim, este retorno para o Eu dos investimentos antes depositados em objetos é concebido como um *narcisismo secundário* e aparece associado à proteção do Eu, como acontece em doenças orgânicas e no estado de sono. O mesmo se dá na melancolia e hipocondria, muito embora, aqui, tal narcisismo secundário adquira contornos patológicos. Para nossos propósitos, se em sua primeira teoria da libido (1905/2016) o autoerotismo apoiado nas funções orgânicas foi considerado um estágio inicial da libido, Freud (1914/2004) será obrigado a questionar qual seria a sua relação com narcisismo primário.

A noção de *apoio* permitiu a Freud manter uma compatibilidade com a dualidade pulsional estabelecida em seus *Três Ensaios* (1905/2016), na medida em que concebe um momento em que as pulsões sexuais se apoiariam nas pulsões do Eu (autoconservação), fazendo do seio materno, ligado à função de nutrição, por exemplo, o primeiro objeto da criança, para, em seguida, a pulsão sexual se separar da pulsão do Eu e, autoeroticamente, o prazer passar a ser obtido por meio da estimulação de uma zona erógena de próprio corpo (lábios). Esta fragmentação pulsional e a ideia de zonas erógenas tomadas como fonte e objeto implicam na

ausência do Eu como objeto total, sem referência a uma imagem unificada. Freud (1914/2004, p.99) dirá que deve haver algo que se acrescente ao autoerotismo, uma *nova ação psíquica*, para que se constitua o Eu.

Tendo em vista essa *nova ação psíquica*, que supomos derivada da *ação específica* que deveria ser realizada por uma “pessoa experiente” (*Nebenmensch*) no *Projeto* (1895/1996, p.170), Freud (1914/2004, p.107) sugere a existência de dois tipos de escolha de objeto. O primeiro deles tomaria a pessoa encarregada da nutrição, cuidado e proteção da criança como o primeiro objeto sexual, seguindo o modelo de apoio da sexualidade nas funções vitais, sendo chamado, portanto, de *escolha objetual por apoio*. O segundo tipo de escolha de objeto, chamado *narcísico*, toma o Eu como modelo: ama-se o que se é, o que se foi ou o que se gostaria de ser (Freud, 1914/2004, p. 109). Baseando-se numa distinção por gênero, dirá que para as mulheres seria mais frequente o tipo narcísico, enquanto para os homens o tipo de escolha por apoio. Entretanto, destaca que também para as mulheres há uma via que conduz ao pleno amor objetual: “A criança que gerarem apresentar-se-á diante delas como se fosse uma parte de seu próprio corpo, na forma de outro objeto, e, assim, partindo de seu próprio narcisismo, elas podem dedicar-lhe todo o seu amor objetual” (p.109). À criança, portanto, cabe satisfazer os sonhos e desejos nunca realizados dos pais e estes, com seu amor, demonstram a revivescência e a reprodução de seu próprio narcisismo. Ou seja, independentemente do predomínio de uma ou outra escolha objetual, a dimensão narcísica, de um investimento voltado para o próprio *Eu*, está sempre presente. O narcisismo primário seria herdeiro desse narcisismo dos pais.

A discussão sobre o narcisismo coloca em questão a dualidade pulsional a partir de uma incoerência que surge na proposta de uma libido *sexual* investida no Eu. Visto inicialmente como agente defensor do interesse da autoconservação e do equilíbrio psíquico frente à sexualidade, o Eu passa por uma divisão: uma parte inconsciente e outra pré-consciente/consciente. Uma parte do Eu é agora considerada inconsciente, o que significa que, por um lado recalca e, por outro, tem as mesmas propriedades do recalçado. Ele deixa de ser visto como aquele que coloca o princípio de realidade frente ao psiquismo, tornando-se cúmplice do princípio do prazer, da realização alucinatória do desejo. Com esta nova concepção, Freud (1914/2004) afirma que o recalque partirá da avaliação que o Eu faz de si mesmo, onde o termo “Ideal do Eu” aparece pela primeira vez, sendo designado como uma formação intrapsíquica que serve de referência ao Eu atual, um modelo ao qual o indivíduo procura conformar-se. Assim, de início, no narcisismo primário, herdeiro dos ideais parentais, temos o “Eu Ideal” cuja origem é narcísica. Com as exigências da educação e com o despertar de sua capacidade interna de ajuizar, tornar-se-á impossível manter o estado de completude

narcísica de sua infância, razão pela qual ele “procurará recuperá-lo então na nova forma de um ideal-de-Eu. Assim, o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal” (Freud, 1914/2004, p.112).

Nos textos freudianos aparece uma certa confusão em relação aos termos Eu Ideal, Ideal do Eu e Supereu. Enquanto o primeiro representa um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo de narcisismo infantil (Laplanche & Pontalis, 2001, p.139), os dois últimos são apresentados por Freud (1923b/2011) como sinônimos. Vemos uma distinção ser introduzida quando explica a origem do Ideal do Eu, “pois por trás dele se esconde a primeira e mais significativa identificação do indivíduo” (1923b/2011, p.38-39), relacionando-o ao longo desamparo e dependência infantil do ser humano e aos seus laços amplos com a aquisição filogenética, herança arcaica do indivíduo. Seria o ideal a ser alcançado considerando as exigências da educação, em substituição ao narcisismo primário. Em seguida, o psicanalista evidencia uma “dupla face do Ideal do Eu” e um diferencial nas identificações pós-Édipo resultantes do recalque, que comportam uma proibição internalizada pelo Eu infantil, como consciência moral e sentimento inconsciente de culpa (p.43), o que conhecemos como Supereu.

Sem nos aprofundarmos demais nas nuances entre esses termos, vemos colocada a questão de como se operam as inscrições psíquicas primordiais a partir da relação entre o bebê, seu cuidador e a cultura, na medida em que caberá à mãe (ou seu substituto) a realização de ações que possibilitam não apenas a satisfação das necessidades, mas que introduzem para a criança a questão do Eros, erotismo, evidenciando que o autoerotismo já depende de marcas vindas do outro. É preciso que o bebê afete a mãe em seu narcisismo, para que ela lhe direcione a libido de acordo com seu Ideal (o que lhe faz falta). O bebê não tem de antemão um saber acerca do que lhe convém, e, por isso, torna-se decisivo para a constituição desse saber a forma como seu corpo será representado, imagem que se forma a partir do olhar de quem dele cuida com afeto, tendo como base seus referenciais próprios, culturais e o lugar que o filho recebe em seu psiquismo (Jerusalinsky, J., 2014, p.25). O sujeito apreende as marcas recebidas de seus cuidadores em cada experiência de satisfação sempre de maneira singular. O desenvolvimento do Eu, dirá Freud (1914/2004), consiste em um processo de distanciamento do narcisismo primário e produz um intenso anseio de recuperá-lo. Esse distanciamento ocorre por meio do deslocamento da libido em direção a um Ideal de Eu que foi imposto a partir de fora, e a satisfação é obtida agora pela via da realização desse ideal (p.117).

Ainda neste capítulo, veremos Lacan (1953-54/2009) utilizar-se de esquemas ópticos para articular o que chamou de Estádio do Espelho, não como uma fase do desenvolvimento,

mas como uma operação psíquica em que o bebê reconhece jubilarmente a imagem que lhe é proposta, mediante a confirmação do Outro. Seria esta a “nova ação psíquica” (Freud, 1914/2004, 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.

1.1.4 Pulsão de Morte

Em “À guisa de introdução ao Narcisismo”, Freud (1914/2004) apresenta os termos Narcisismo, Eu, Eu Ideal e Ideal de Eu. Nesse artigo, o psicanalista atribui ao Eu o papel de reservatório, de onde parte a libido em direção aos objetos, e reconhece que uma parte das pulsões do Eu era de natureza libidinal, consideração que tornou insuficiente a hipótese de sua primeira dualidade entre Pulsões Sexuais e Pulsões do Eu.

Até este momento, a psicanálise partia do pressuposto de que os processos psíquicos eram regulados automaticamente pelo princípio de prazer: cada vez que uma tensão desprazerosa se acumula, ela desencadeia processos psíquicos que tomam, então, um determinado curso, cujo objetivo é a diminuição da tensão, evitando o desprazer e produzindo o prazer. Em 1920, Freud (1920/2006) vê-se obrigado a admitir que “existe na psique uma forte tendência ao princípio de prazer, mas que certas outras forças ou circunstâncias se opõem a essa tendência, de modo que o resultado final nem sempre poderá corresponder à tendência ao prazer” (p.137). Considera que algumas pulsões ou partes de pulsões perseguem metas que seriam intoleráveis para outras pulsões, cujas metas são passíveis de se compor e formar uma unidade abrangente do Eu, atribuindo ao processo de recalque a solução psíquica de separar essas pulsões cujas metas seriam inaceitáveis, isolando-as.

É enquanto investiga o mecanismo chamado de compulsão à repetição, presente nos sonhos de angústia que ocorrem nas neuroses traumáticas, bem como no impulso da criança para a brincadeira (*Fort-da*), ocasiões nas quais o sujeito se põe ativo para repetir uma experiência anterior e desprazerosa na qual esteve passivo, que Freud (1920/2006) passa a considerar que, mesmo sob o domínio do princípio de prazer, existem meios e caminhos suficientes para transformar o que é em si desprazeroso em objeto de recordação e de processamento psíquico: tendências que estariam *para além do princípio de prazer*, “isto é, tendências que seriam mais arcaicas e que atuariam de forma independente do princípio de prazer” (p.143). Com isso, demonstra que mais do que obter prazer, o organismo busca uma eliminação de desprazer e o restabelecimento de um estado anterior, em que não havia tensão:

É como se houvesse um ritmo alternante na vida dos organismos: um grupo de pulsões precipita-se 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, 1920/2006, p.164).

Pulsões de Morte, dirá Freud (1920/2006), “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. À fórmula emblemática “fome e amor”, que diferenciava as pulsões do Eu e pulsões Sexuais, Freud (1920/2006, p.172) acrescenta, portanto, considerações que reduzem o aspecto propriamente sexual do conceito de “sexualidade” à reprodução (propagação da espécie) e, por consequência, ampliam o escopo da *pulsão sexual*, passando a incluir pulsões do Eu e pulsões Sexuais.

A noção de que o Eu constitui o verdadeiro e original reservatório da libido, trazida com o conceito de Narcisismo, pressupõe, como vimos, outras pulsões além das pulsões [libidinais] de autoconservação em ação no Eu. Freud (1920/2006, p.174) recorrerá, então, à polaridade amor-ódio presente no amor objetal como faces da mesma moeda, para compreender a nova dualidade pulsional. Neste ponto, o autor retoma os pares sadismo-masiquismo já presentes na fase de organização oral da libido, na qual o apoderamento do objeto amoroso e seu aniquilamento coincidem, o que colocaria a pulsão sexual a serviço da pulsão de morte, para chegar à conclusão de que o movimento da pulsão a partir do Eu em direção ao objeto em nada difere do movimento da pulsão objetal em direção ao próprio Eu. Freud (1920/2006) dirá, então, que pulsões de Morte e de Vida aparecem associadas desde o início (p. 177). Ademais, a concepção de uma compulsão à repetição expôs para Freud (1920/2006) situações em que prazer e desprazer aparecem concomitantemente. Além disso, ocasiões em que um aumento de tensão é visto como prazeroso, tal como acontece no ato sexual, tornaram difícil a relação do desprazer com o aumento da tensão. Estas reflexões levaram-no à conclusão final de que

as pulsões de vida mobilizam muito mais nossa percepção interna – pois elas se apresentam como perturbadoras da tranquilidade, trazendo contínuas tensões, cujo alívio é sentido como prazer –, enquanto as pulsões de morte parecem realizar seu trabalho de maneira bem mais discreta. O princípio de prazer parece, de fato, estar a serviço das pulsões de morte (Freud, 1920/2006, p. 181)

Ao conceito de pulsão, por fim, vem acrescentar a ideia de uma “força impelente [*Drang*] interna ao organismo que visa a restabelecer um estado anterior que o ser vivo precisou

abandonar devido à influência de forças perturbadoras externas” (Freud, 1920/2006, p.160). A pulsão recalcada jamais renunciaria à sua completa satisfação, a qual consiste na repetição de uma experiência primária de satisfação, e todas as formações substitutivas ou reativas, bem como as sublimações, são insuficientes para remover sua tensão contínua. O caráter impelente da pulsão é, para Freud (1920/2006), o resultado da diferença entre o prazer efetivo obtido pela satisfação e o prazer esperado, o que deixa o organismo sem a possibilidade de estacionar em nenhuma situação, embora também sem perspectiva de poder completar o processo ou alcançar a meta (p.165) e, diga-se de passagem, afasta a ideia de naturalidade do objeto da pulsão.

Com Lacan (1964/2008), veremos também destacada a relação entre o princípio do prazer e a homeostase, mas para revelar, por fim, que “o caminho da pulsão é a única forma de transgressão que se permite ao sujeito em relação ao princípio do prazer” (p.180). Considera, desta maneira, que algo excederia a homeostase, na medida em que “o outro intervindo, ele [o sujeito] se aperceberá de que há um gozo mais além do princípio do prazer” (p.180). Poucos anos antes, este mesmo autor havia nos advertido de que, de fato, no princípio do prazer, o prazer, por definição, tende ao seu fim. “O princípio do prazer é que cesse o prazer” (Lacan, 1954-55/1985, p.112). Entretanto, vemos também em Lacan (1954-55/1985) a inseparabilidade, presente desde Freud, entre os princípios do prazer e de realidade, na medida em que define que o princípio de realidade é em geral introduzido por este simples reparo, uma tentativa de “fazer com que o jogo dure, ou seja, que o prazer se renove, que o combate não termine por falta de combatentes” (p.112). Em sua essência, dirá que o que o princípio de realidade exprime é que

O sujeito não tem de *encontrar* o objeto de seu desejo, ele não é levado a isso por canais, trilhos naturais de uma adaptação instintiva mais ou menos preestabelecida, e aliás mais ou menos tropeçante, tal como a vemos no reino animal, ele deve ao contrário *reencontrar* o objeto, cujo aparecimento é fundamentalmente alucinado. É claro, jamais o reencontra, e é precisamente nisso que consiste o princípio de realidade. O sujeito não reencontra jamais, escreve Freud, senão um outro objeto, que corresponderá de maneira mais ou menos satisfatória às necessidades de que se trata. Jamais encontra senão um objeto distinto, pois que deve por definição reencontrar alguma coisa que é de empréstimo (Lacan, 1955-56/1988, p.104).

É verdade que as considerações lacanianas sobre o jogo do *Fort-da* expõem o caráter criador da repetição, suspendendo a dicotomia entre prazer e desprazer: “a repetição demanda o novo” (Lacan, 1964/2008, p.65). Para ele, exercer o papel ativo no desaparecimento do objeto (que representa a mãe) seria secundário e “o jogo do carretel é a resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio criar na fronteira de seu domínio” (p.66). É a repetição da saída da mãe como causa de uma divisão do sujeito superada por este jogo alternativo. O carretel, “é alguma

coisinha do sujeito que se destaca embora ainda sendo bem dele, que ele ainda segura" (p.66). Essa "coisinha" é o que no estudo de Lacan conhecemos como objeto pequeno *a*, causa de desejo, responsável por colocar a pulsão em marcha. Julieta Jerusalinsky (2014, p.242) lembra que o *Fort-da*, ainda que não tenha toda a extensão simbólica que caracteriza o *faz-de-conta*, apresenta todas as características que permitem situá-lo como marco inicial do brincar simbólico, pois representa um salto estrutural, um divisor de águas na posição da criança perante seu Outro. Para ela, a discussão acerca do que o carretel representaria é infrutífera na medida em que o que está em jogo nesse primórdio do brincar é "menos a atribuição de uma significação que recairia sobre o objeto em si (carretel) e muito mais o jogo de oposição significante a que a criança dá lugar" (p.244). Trata-se, portanto, de sustentar ausências e presenças num jogo constituinte de sujeito, sustentado no laço com o Outro encarnado – no que, conforme veremos nos próximos capítulos deste trabalho, implicará compreendermos o circuito pulsional e, claro, os efeitos de seu malogro sobre a constituição psíquica.

Afinal, neste ponto importa-nos que, se o objeto se encontra e se estrutura por via de uma repetição – reencontrar o objeto, repetir o objeto, e, ao mesmo tempo, nunca é o mesmo objeto que o sujeito encontra (Lacan, 1954-55/1985, p. 132), só é possível pensar a satisfação pulsional, sempre parcial, por meio de um certo percurso, que, com os acréscimos lacanianos, merece que dediquemos a ele um capítulo exclusivo, o nosso segundo capítulo, que terá como base o artigo freudiano de 1915, sobre "As Pulsões e seus destinos". Para que isso seja possível, porém, precisaremos retornar e concluir a questão do Eu e do Narcisismo (imprescindível para que haja a relação de objeto) a partir de Lacan, com acréscimos teóricos essenciais para nossa compreensão acerca de como este autor concebe a articulação entre o orgânico e o psíquico.

1.2 DO CORPO VIVO AO SUJEITO DA PULSÃO EM LACAN

Vimos como, para Freud, não há uma unidade análoga ao Eu no início do desenvolvimento sexual. Uma ação psíquica é necessária para a constituição do Eu, impondo-se à desordem pulsional. Lacan, igualmente, não reconhece uma unidade corporal já dada de saída, mas sim dependente de uma experiência subjetiva, descrita no "Estádio do Espelho". A esse respeito, Lucero (2015) afirma que em um primeiro momento, Lacan parte da etologia e do estágio do espelho, destacando o imaginário por trás do mundo fantasístico. Porém, ao comentar o texto sobre a *negação*, o que entra em jogo na constituição do Eu tem uma interseção direta do simbólico com o real. Assim, dirá a psicanalista, "a relação com o objeto não se dá de forma direta, a partir da imagem especular, mas a própria imagem especular depende de um aparato simbólico para se constituir" (p.79).

Veremos agora como Lacan faz uso de esquemas ópticos para demonstrar a dependência do bebê em relação a quem dele cuida para a constituição da imagem corporal e sua organização, na qual a dimensão fálica se mostra implicada como condição para a subjetivação.

1.2.1 Estádio do Espelho e a constituição do Eu

Podemos atribuir à descrição do processo denominado por Lacan como Estádio do Espelho diferentes fases. A primeira elaboração, publicada em 1949 sob o título “O estádio do espelho como formador da função do eu” (Lacan, 1949/1998), privilegia os aspectos imaginários envolvidos na formação da imagem especular, dando ao outro o lugar de suporte, em sua imagem, de uma identificação formadora do eu (Fernandes, 2000). Ainda que na ocasião já apontasse indícios, é mesmo em 1953 que Lacan (1953-54/2009) assume a importância do Outro no acesso à imagem especular e atualiza, em 1960, seu segundo esquema óptico. Uma última representação é feita em 1962, no Seminário sobre a Angústia (Lacan, 1962-63/2005), quando demonstra a influência da dimensão fálica.

À semelhança de Freud, Lacan (1949/1998) parte da constatação de que, diferente dos animais, o bebê humano apresenta-se, ao nascer, em um estado de inacabamento neurológico que impede o domínio de suas funções motoras. Lacan (1953-54/2009), com a teoria do estádio do espelho, objetiva mostrar que a própria maturação fisiológica, que permitiria ao sujeito aceder a um domínio do real do corpo, depende de que, antecipadamente, a vista da forma total do corpo humano dê ao sujeito um domínio imaginário, prematuro em relação ao domínio real. Reconhece o estádio do espelho não como um momento do desenvolvimento, mas quando, “pela primeira vez, o homem passa pela experiência de que se vê, se reflete e se concebe corpo outro que não ele mesmo – dimensão essencial do humano, que estrutura toda a sua vida de fantasia” (Lacan, 1953-54/2009, p.109).

Uma primeira representação do esquema óptico é trazida por Lacan (1953-54/2009, p.107) com o experimento do buquê invertido, de Bouasse¹. Este experimento consiste em apoiar em uma superfície um espelho esférico e, diante dele, uma caixa oca sobre a qual vem um vaso, e, embaixo, um buquê de flores. Acompanhemos pela ilustração:

¹ O experimento do buquê invertido foi descrito na obra intitulada *L'Optique et photométrie dites géométriques*, do físico francês Henri Bouasse, em 1947.

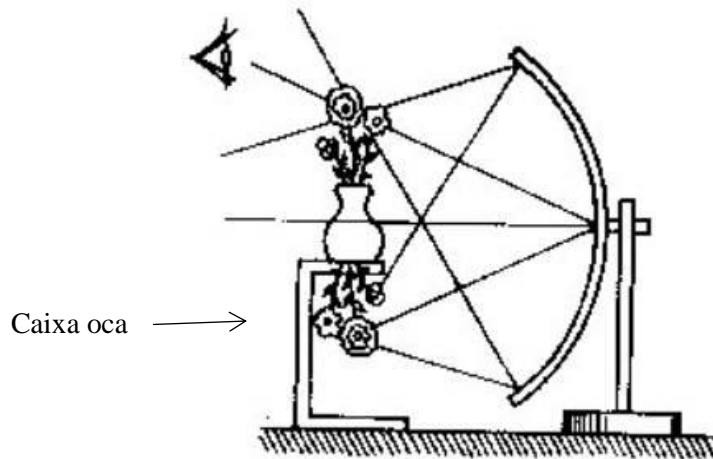


Fig 1. Primeiro esquema óptico: experimento do buquê invertido de Bouasse (Lacan, 1953-54/2009).

O que se passa aí depende de algumas noções de física que possibilitarão, por fim, compreendermos que o buquê reflete-se sobre a superfície esférica, para vir ao ponto luminoso simétrico, invertido, dando origem a uma imagem real. Nesta imagem real, as flores aparecem agora dentro do vaso. Porém, para que a ilusão se produza, Lacan (1953-54/2009) dirá que é preciso que uma condição seja realizada: “o olho deve estar numa certa posição” (p.110). Em outra posição, o observador não verá o que é imaginário, verá as coisas em seu estado real, inteiramente nu. Neste esquema, o vaso que contém o buquê de flores representaria a imagem do corpo, o sujeito anterior ao nascimento do eu, e o surgimento deste. Quanto a este olho, Lacan (1953-54/2009) o faz corresponder ao “lugar do sujeito no mundo simbólico, ou, em outros termos, no mundo da palavra. É desse lugar que depende o fato de que tenha direito ou defesa de se chamar Pedro” (p.111). Algumas páginas depois, o autor situará no nível da imagem real deste esquema o primeiro narcisismo, ressaltando a importância da relação com o outro, na medida em que este último seja capaz de antecipar ilusoriamente a imagem unitária percebida no espelho (p.169).

Catão (2009), a esse respeito, reforça que a primeira apreensão da realidade pelo sujeito se dá por meio do que Freud chamou de “próximo assegurador” ou “pessoa experiente” (*Nebenmensch*), no qual o primeiro Outro, o Outro da linguagem, encontra um suporte. Cabe a esse primeiro Outro, lugar geralmente ocupado pela mãe, ajudar a criança em seu desamparo primordial, tanto fisiológico quanto psíquico. A suposição materna quanto ao que se passa com o filho antecipa um sujeito desejante onde ainda não há, condição para que um dia ele advenha. A partir de Lacan, Catão (2009, p. 53-55) dirá que a instância imaginária do eu se forja em função do que faz falta nesse Outro. O narcisismo primário é instalado com a assunção do Eu Ideal, que conferirá unificação imaginária e especular ao corpo despedaçado. No mesmo

sentido, Laznik (2004) reconhece que, com o esquema de Bouasse, temos uma representação da complexidade que a constituição do corpo do bebê pode apresentar, enquanto articulação entre sua simples realidade orgânica e o “olhar dos pais” (p.44). A psicanalista dirá que trata-se do laço particular entre o real do organismo do *infans*, como chamamos a criança em etapa anterior à aquisição da linguagem, e algo que ainda é apenas uma imagem, representação antecipadora, o “*His Majesty, the baby*” de que nos fala Freud em 1914.

Não obstante, um segundo esquema óptico é apresentado ainda no *Seminário I* (Lacan, 1953-54/2009), com a introdução de alguns elementos e modificações que possibilitaram que fosse utilizado como modelo teórico.

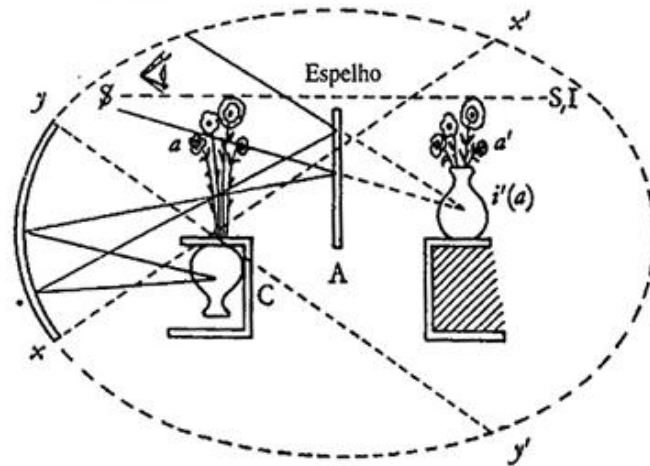


Figura 2: Segundo esquema óptico: espelho plano (Lacan, 1953-54/2009)

Acompanhando o desenho, é possível notar que inverte-se a posição do vaso e das flores, fazendo com que, agora, a ilusão seja a do vaso invertido, e não mais a do buquê. As flores representam os objetos que vão ser contidos pelo vaso, que representa o corpo com seus orifícios. O vaso que se encontra escondido dentro da caixa é inacessível, e representa o corpo como organismo biológico perdido para o sujeito. A posição do olho é deslocada para a borda do espelho esférico e é introduzido um espelho plano (A), via pela qual o sujeito pode realizar a ilusão do vaso com flores na forma de uma imagem virtual da imagem real que era vista anteriormente por meio do espelho esférico. Nas palavras de Lacan (1953-54/2009), o que resulta disso é que:

o ser humano não vê sua forma realizada, total, a miragem de si mesmo, a não ser fora de si. [...] Aquilo que o sujeito, que existe, vê no espelho, é uma imagem, nítida ou bastante fragmentada, inconsistente, descompletada. Isso depende da sua posição em relação à imagem real. Muito nas bordas, vê-se mal. Tudo depende da incidência particular do espelho (p.186).

Supondo que a inclinação do espelho plano seja comandada pela voz do outro, Lacan (1953-54/2009, p. 187) introduz a principal novidade deste novo esquema, que é a de nos fazer ver como a regulação do imaginário depende da ligação com o Outro, a relação simbólica entre os seres humanos: não só o objeto olhar, mas também a voz – o que muito serviu às pesquisas sobre a modulação da voz, o “manhês”, quase sempre presente no cuidado materno (Cf. Laznik, 2013a). Além disso, deixa subentendido que a relação com o espelho côncavo não é vista pelo sujeito, senão a partir da imagem virtual que se tem dela. O que não se vê nos remete à própria inscrição do traço dito unário, que “preenche a marca invisível que o sujeito recebe do significante, aliena esse sujeito na identificação primeira que forma o ideal de eu” (Lacan, 1960b/1998, p.822). A esse respeito, Lacan (1960-61/1992) consegue ser ainda mais claro quando diz que

Este olhar do Outro, devemos concebê-lo como sendo interiorizado por um signo. Isso basta. *Ein einziger Zug* [um traço unário]. Não há necessidade de todo um campo de organização e de uma introjeção maciça. Este ponto, grande I [Ideal do Eu], do traço único, este signo do assentimento do Outro, da escolha de amor sobre a qual o sujeito pode operar, está ali em algum lugar e se regula na continuação do jogo do espelho. Basta que o sujeito vá coincidir ali em sua relação com o Outro para que este pequeno signo, este *einzigiger Zug*, esteja à sua disposição (p. 344).

Em outras palavras, dizemos que, no homem, nenhuma regulação imaginária que seja verdadeiramente eficaz e completa pode se estabelecer senão pela intervenção de outra dimensão. A posição do sujeito não é concebível a não ser que um guia se encontre para além do imaginário, ao nível do plano simbólico. A este “guia” Lacan (1953-54/2009, p. 188-189) associa o Ideal do Eu, o outro enquanto falante, o outro com quem se tem uma relação simbólica.

Com sua observação sobre o relatório de Daniel Lagache, Lacan (1960a/1998) explica que, com o primeiro esquema óptico, trazia ligações que relacionam-se às estruturas intra-subjetivas como tais, representando a relação com o outro e permitindo distinguir nela a dupla incidência do imaginário e do simbólico, distinção que torna necessário o segundo esquema óptico e sobre o qual dirá que seria um erro acreditarmos estar ausente de alguma distância tomada pelo sujeito em sua relação com o outro da díade imaginária. A isso, acrescenta:

É que o Outro em que o discurso se situa, sempre latente na triangulação que consagra essa distância, não o é a tal ponto que não se exponha até mesmo na relação especular em seu momento mais puro: no gesto pelo qual a criança diante do espelho, voltando-se para aquele que a segura, apela com o olhar para o testemunho que decanta, por confirma-lo, o reconhecimento da imagem, da assunção jubilatória em que por certo *ela já estava* (p.685)

No texto lacaniano, ao falar sobre a assunção jubilatória de uma imagem, vemos frisados os termos *ela já estava*, indicando a anterioridade simbólica ou a “reserva de atributos em que dizemos que o sujeito tem que forjar um lugar” (Lacan, 1960a/1998, p. 685). Nesse lugar, o sujeito encontrará as marcas de resposta que tiveram o poder de fazer de seu grito um apelo. Desta maneira, o autor destaca a inscrição dos traços do significante, a “constelação dessas insígnias que constitui para o sujeito o Ideal do Eu” (p.686).

Ora, vimos anteriormente como, desde seu *Projeto*, Freud (1895/1996) demonstrava que, por sua condição de prematuridade original, a dependência radical do outro é marca indiscutível do bebê humano. Enquanto *infans*, ele necessita expressar o estado de tensão que o funcionamento de seu organismo lhe impõe por meio do grito, descarga motora. Para que possa suprir estas necessidades vitais do organismo do bebê, estão implicados os efeitos deste último sobre aquele que se encarregará dos cuidados, comumente a mãe, ou seja, ao afetar-se pelo seu choro, postura, tônus, gestualidade, ela se engaja subjetivamente e “coloca seu saber inconsciente, estas inscrições que decantam do simbólico, a serviço de um funcionamento subjetivado do corpo do bebê” (Jerusalinsky, J., 2014, p. 88). Lendo como significantes e estabelecendo o sentido do texto orgânico do filho, ela o ultrapassa e *antecipa um sujeito* no bebê (Vorcaro, 2002, p.14), transformando o grito em apelo à sua presença-ausência, ato simbólico, e oferece a si mesma como instrumento de satisfação das necessidades, indo, no entanto, para além delas. Pode-se dizer que se é possível para uma mãe (ou quem faça essa função) ocupar-se de seu filho quase incansavelmente, como vemos acontecer, é na medida em que ele é investido imaginariamente como objeto de seu desejo, ou seja, o que lhe *falta*. Esta relação não foi negligenciada por Lacan (1962-63/2005) quando faz sua última retomada do esquema óptico, onde representa a função da falta ($-\varphi$) na constituição da imagem real. Vejamos a ilustração:

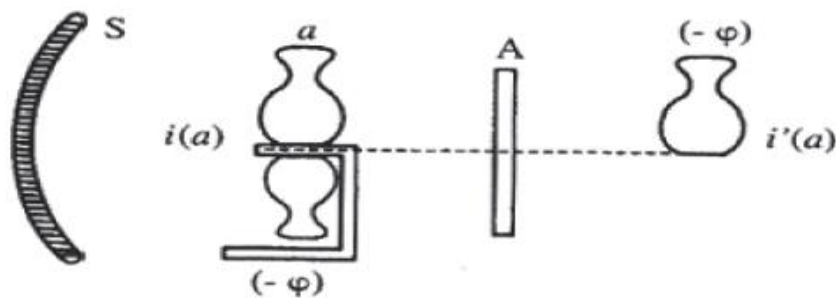


Figura 3: Esquema simplificado (Lacan, 1962-63/2005).

Nesta ocasião, Lacan (1962-63/2005, p. 46) especifica a distância entre a identificação com a imagem especular, $i(a)$, e a identificação com o objeto de desejo como tal, a , que é “o objeto cujo status escapa ao status do objeto derivado da imagem especular” (p.50). Dirá ainda que o investimento da imagem especular é um tempo fundamental da relação imaginária, mas que nem todo investimento libidinal passa pela imagem especular. Há um resto. É neste ponto que localiza o falo:

em tudo o que é demarcação imaginária, o falo virá, a partir daí, sob a forma de uma falta. Em toda a medida em que se realiza aqui, em $i(a)$, o que chamei de imagem real, imagem do corpo funcionando na materialidade do sujeito como propriamente imaginário, isto é, libidinizado, o falo aparece a menos, como uma lacuna (p. 49).

Anos antes, em seu quinto Seminário, sobre as formações do inconsciente, Lacan (1957-58/1999) havia demonstrado ser impensável a introdução do sujeito numa realidade qualquer a partir da pura experiência. Desde a origem, desde a primeira relação da criança com o objeto materno como objeto primordial, a dimensão simbólica está implicada. Disso resultará que, no estágio do espelho, “o sujeito se encontra com aquilo que é propriamente uma realidade e, ao mesmo tempo, não o é, ou seja, uma imagem virtual que desempenha um papel decisivo numa certa cristalização do sujeito” (p.233). A possibilidade de identificar-se ao falo, enquanto objeto do desejo da mãe, é enriquecida pela cristalização do Eu nesse referencial do espelho, que abre todas as possibilidades do imaginário.

Lacan (1956-57/1995) localizará no campo do amor o que diz respeito à doação de uma referência simbólica daquilo que não se tem e, por isso, se deseja. É esta operação de doação que permite ver surgir a criança aureolada de objetos a (objetos de desejo), o que poderia se descrever como a falicização do bebê, e que parece corresponder à noção de investimento libidinal, de acordo com Laznik (2004, p.54). A mesma autora ressalta, no entanto, como uma mãe muito deprimida, em luto, por exemplo, pode se encontrar tão preenchida pelo objeto que perdeu, que nem mesmo sabe que a falta lhe falta – o que não é sem efeitos (Laznik, 2004, p.164).

A relação mãe-falo-bebê como fundamental para o início das marcações que possibilitarão ou não à criança assumir posição no mundo da linguagem, de grande interesse para nossas discussões a respeito das intervenções com bebês, foi trabalhada por Lacan (1957-58/1999) quando expõe a dialética da demanda e desejo e, assim, demonstra como a necessidade do organismo de saída já se coloca subordinada à outra dimensão, que é a simbólica. Será em 1964, porém, que Lacan (1964/2008) formalizará as operações de alienação e separação, fundamentais na constituição do sujeito. É do que trataremos a seguir.

1.2.2 A dimensão fálica como condição para o surgimento do sujeito de desejo

Pois bem, temos ressaltado como a prematuridade própria do bebê humano torna necessário que o real de seu organismo seja investido com palavras, o que por vezes já se inicia antes mesmo do nascimento, sinalizando seu lugar no desejo de seus pais. A concepção psicanalítica de que o orgânico não se reduz à experiência primária para o ser humano demonstra que, para acessá-lo, faz-se essencial certo revestimento imaginário, no qual o simbólico está completamente implicado.

Vemos que, ao nascer, todo e qualquer desconforto no corpo do recém-nascido será manifesto por meio do grito, pura descarga motora. A princípio, nem a mãe e nem o próprio bebê sabem o que ele quer. O que se passa, como explica Jerusalinsky, J. (2014) a partir de Freud (1895/1996), é que diante dos estímulos endógenos do bebê é preciso um Outro encarnado que atribua intenção de comunicação ao seu grito, e produza uma *ação específica* capaz de satisfazê-lo. A interpretação já é efeito da presença da linguagem. Entretanto, a inscrição da linguagem não se dá de forma automática. Para que o gozo do bebê se atrele ao Outro, depende de que seja tomado por um desejo não-anônimo, um saber que “opere corte e costura do funcionamento corporal do bebê, levando em conta o que o afeta e fazendo borda a seu gozo” (p.111).

Vorcaro (2002) destaca que a função materna impõe à mãe que se faça de *órgão extra-corpóreo* da criança, na medida em que “reconhece as urgências vitais e simula a equivalência destas à decisão que toma quanto a significação que teriam” (p.13). No estabelecimento desse laço tão primordial e fundamental, Bergès & Balbo (2002) situam uma identificação transitivista. O *transitivismo* seria um processo de acesso ao simbólico que passa necessariamente pelo corpo. Dirão: “Apreende-se que esse acesso ao simbólico, que representa a identificação da criança ao discurso da mãe, concerne ao corpo, na medida em que ele não é somente corpo imaginário, mas também corpo de linguagem, de significantes e de letras” (Bergès & Balbo, 2002, p.10). Os autores chamarão de uma “forçagem” na qual a mãe obriga o filho a levar em conta os afetos que ela nomeia para designar as experiências dele em referência às suas próprias. “Propriamente falando, é de um jogo de afetação que se trata” (p.23). O organismo responde, então, à pressuposição materna sobre o que se passa no corpo do bebê, numa linguagem capaz de realizar uma fusão entre eles.

Julieta Jerusalinsky (2014) explica que Lacan (1949/1998; 1960a/1998) utiliza o transitivismo para demonstrar como o Eu não é autônomo nem autofundante, mas constituído na relação com o Outro, por meio do Estádio do Espelho:

Em tal abordagem de Lacan, o transativismo não opera a dois, ou seja, não é um simples mimetismo e tampouco se centra na relação da criança com um objeto. O transativismo exige pelo menos três: o sujeito, o objeto e o outro, que, enquanto semelhante, vem prestar-se a reproduzir, na cena transativista, os efeitos da alienação da criança em relação ao desejo do Outro encarnado na mãe. Vem reproduzir a situação na qual o eu e outro se fundem, se confundem, na medida em que a imagem de si provém da alienação especular à imagem que a mãe oferece (Jerusalinsky, J., 2014, p.143).

Nas palavras do próprio Lacan (1957-58/1999), as coisas se desenrolam em dois planos, “o da intenção, por mais confusa que a suponham, do jovem sujeito enquanto dirige seu chamado, e o do significante, também por mais desordenado que possam supor seu uso, na medida em que ele é mobilizado nesse esforço, nesse chamado” (p.94). Assim, o significante e a intenção se mostram concomitantemente, marcando um efeito retroativo. Em outros termos, é preciso que o outro, suporte do Outro, suponha algo e faça do grito um apelo. Trata-se de uma antecipação, como dissemos. Agora, este bebê tem fome, frio, dores e o que é da ordem das necessidades entra para a dimensão da linguagem (simbólica) para, nela, ser remodelado. A partir daí, “toda satisfação é atravessada por um certo registro em que faz intervir o Outro para além daquele que demanda” (p.93), processo no qual há sempre uma defasagem:

o que devemos considerar aqui, pelo lado da demanda, não pode exatamente se confundir com a satisfação da necessidade, pois o próprio exercício de qualquer significante transforma a manifestação dessa necessidade. [...] Por conseguinte, desde o começo, o que entra na criação do significado não é uma pura e simples tradução da necessidade, mas uma retomada, reasunção, remodelagem da necessidade, criação de um desejo outro que não a necessidade. É a necessidade mais o significante (Lacan, 1957-58/1999, p. 95).

Um tempo em que a necessidade fosse pura, em estado originário, torna-se, portanto, inconcebível. Desde o início, a necessidade tem sua motivação no plano do desejo, ou seja, “de alguma coisa que se destina, no homem, a ter uma relação com o significante” (Lacan, 1957-58/1999, p. 227). Ora, dizer que o simbólico precede o sujeito e o condiciona, por suas coordenadas, a um lugar único de onde ele poderá vir a desejar e a se subjetivar, equivale à concepção trazida por Lacan (1964/2008) como *alienação*. É no *Seminário II* que se apresenta, por meio desta operação, um único lugar possível ao sujeito: no significante, estando esse no campo do Outro. Catão (2009) ressalta que a aceitação da alienação ao campo do Outro, “é condição necessária para o bebê continuar o movimento em direção à organização do eu e, portanto, em direção ao estabelecimento das condições para haver sujeito do inconsciente” (p.59).

Segundo Fernandes (2000, p. 57), o que Lacan encaminha por meio de argumentos lógicos é tanto a impossibilidade da existência do sujeito, senão em sua reunião ao Outro,

quanto a perda que se dá nesta mesma operação, tendo em vista que o sujeito não se esgota, não se representa por inteiro no Outro, perdendo, na operação de alienação, parte de seu ser. Lacan (1964/2008) traz a máxima “a bolsa ou a vida” para explicitar o fato de a vida só se abrir àquele que quer viver como sujeito, desde que, sob uma escolha forçada, aceite perder uma parte de seu ser.

Embora seja comum tratar as operações de *alienação* e *separação* como logicamente sucessivas – tendo lugar primeiro a alienação e depois a separação – é importante pensa-las como dois processos distintos, porém numa simultaneidade. “Isto porque, no Outro, na linguagem, estão presentes desde o início, ambas as dimensões” (Fernandes, 2000, p.62). Com a operação de *separação*, Lacan (1964/2008) trará o Outro naquilo que, em seu discurso, algo nunca se diz completamente. “Uma falta é, pelo sujeito, encontrada no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso” (p.209). Freud (1895/1996) já sinalizava como o desejo se constituía a partir da tentativa, sob tensão da necessidade, de percorrer as marcas de uma primeira – e mítica – experiência de satisfação. Para ele, tratava-se do impulso que visava reinvestir as imagens mnêmicas derivadas, por exemplo, das primeiras experiências do bebê sugando o seio materno. Nessa época, o pai da psicanálise já apontava, com o conceito de *das Ding*, como na experiência de satisfação algo de inassimilável dessa “pessoa que ajuda” (*Nebenmensch*) escapava. Com Lacan (1957-58/1999), fica ainda mais claro como, entre o bebê e o leite, há todo um campo de lembranças, de linguagem, que faz com que nenhum alimento possa suprir, ou satisfazer, a demanda do seio. É onde ele localiza o objeto *a*, enquanto um resto da operação de simbolização e do qual se origina sempre um novo dizer, um novo percurso de marcas (Fernandes, 2000, p. 123).

É, portanto, no aspecto de alternância em seus cuidados, na não-correspondência entre o grito e o apelo, que a mãe, primeiro agente que encarna a função do Outro, por ela mesma estar submetida às leis da linguagem, instaura para o bebê a matriz simbólica que inaugura sua condição de subjetivação. Lucero & Vorcaro (2018) entendem essa matriz simbólica como “a redução da experiência concreta à sua estrutura, ou seja, a diferença pura entre tensão e apaziguamento, ausência e presença da mãe, grito e ação necessária para cessá-lo” (p. 22). As mesmas autoras fazem-nos notar que esses termos, na medida em que se opõem, também se articulam, concatenados numa cadeia mínima.

Lacan (1957-58/1999) dirá que é pelo fato de a própria criança ser tomada imaginariamente como objeto parcial que ela é levada a se perguntar o que querem dizer as idas e vindas da mãe. O que vem como resposta é que “o significado das idas e vindas da mãe é o falo” (p.181). Conferindo ao falo um lugar privilegiado na estruturação subjetiva, é introduzida

a função significante. É por meio da simbolização primordial dessa mãe que vai e vem, que é convocada quando não está presente e então repelida, como nos apresenta o jogo do *Fort-da*, que se constitui a mãe como o primeiro sujeito para o bebê. Diante disso, a criança se esboça como *assujeito*: “trata-se de um assujeito porque, a princípio, ela se experimenta e se sente como profundamente assujeitada ao capricho daquele de quem depende, mesmo que esse capricho seja um capricho articulado” (Lacan, 1957-58/1999, p.195). O que se segue é que

a criança revela depender do desejo da mãe, da primeira simbolização da mãe como tal, e de nada mais. Através dessa simbolização, a criança desvincula sua dependência efetiva do desejo materno da pura e simples vivência dessa dependência e alguma coisa se institui, sendo subjetivada num nível primário ou primitivo. Essa subjetivação consiste, simplesmente, em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode estar ou não presente. No desejo da criança, em seu desejo próprio, esse ser é essencial. O que deseja o sujeito? Não se trata da simples apetência das atenções, do contato ou da presença da mãe, mas da apetência de seu desejo (Lacan, 1957-58/1999, p.188)

Ao ocupar o lugar de Outro, a mãe apresenta a falta que o *infans* será chamado a suturar de diferentes modos. Abre-se, então, a dimensão em que o desejo da mãe está para além da criança, uma vez que existe por trás dela toda uma ordem simbólica da qual ela mesma depende, e a qual permite certo acesso ao objeto de seu desejo. Este objeto, privilegiado na ordem simbólica, marca a relação do bebê com a mãe como sempre atravessada pela presença de um lugar terceiro: o falo, como representante imaginário daquilo que falta à mãe.

Lucero & Vorcaro (2018) abordam a dimensão da *privação* enquanto primeira falta fundamental. Retomam a dialética do objeto lacaniana para ilustrar como o tempo de escansão nos cuidados maternos marca, para a criança, a mãe como um objeto simbólico que pode vir a faltar. A partir dessa *falta real* de um *objeto simbólico* entra em jogo uma outra dimensão, a da *frustração*, na medida em que, “quando a mãe falha, se ausenta, deixa de responder no lugar onde é esperada (privação), ela torna-se uma potência capaz de dar ou não o objeto de satisfação” (p.29). É porque à própria mãe falta o objeto da satisfação, que ela só pode dar aquilo que não tem, o que é a própria concepção de amor para Lacan (1956-57/1995) e onde ele situa o dom:

Temos aí uma distinção muito nítida. O que intervém na relação de amor, o que é demandado como signo de amor nunca passa de alguma coisa que só vale como signo. Ou, para ir ainda mais adiante, não existe maior dom possível, maior signo de amor do que o dom daquilo que não se tem. Mas vamos observar bem que a dimensão do dom só existe com a introdução da lei (p. 142).

Retomando nossa discussão sobre o Estádio do Espelho, dissemos que *o que não se tem* e, por isso, *se deseja*, uma vez que encarnado sobre o corpo da criança, é o que permite vê-la aureolada dos objetos *a* (Laznik, 2004). Esta operação se dá por meio de um reconhecimento da criança enquanto *Sua majestade, o bebê*, momento no qual forma-se uma primeira ideia de unidade do corpo. Aqui, Fernandes (2000) reforça o fato de que qualquer gesto feito pelo bebê é tomado como significativo, precioso e destinado ao Outro, sendo recolhido por ele como uma mensagem. Além disso, dirá que “no prazer do Outro que aí se marca, o que retorna à criança é um significante que, carregado de desejo, põe em marcha o próprio movimento pulsional” (p.151). No terceiro esquema óptico, isso corresponde à imagem real do vaso, com objetos *a* sobre o gargalo. Ainda dependente da autenticação do olhar do Outro, essa é a matriz da identificação especular. Na formação da imagem especular propriamente dita, opera um Outro marcado por uma falta à qual nenhuma imagem do bebê pode vir a suprir. É o que representa o “ ϕ ” no lugar dos objetos *a* no esquema. Neste ponto, podemos falar de um *novo sujeito* que vemos surgir no remate do circuito pulsional, o que ficará mais claro em nosso segundo capítulo, onde trataremos o circuito pulsional tal como aparece em Freud (1915/2017) e Lacan (1964/2008).

Veremos que, para Lacan (1964/2008), este enlace com o Outro é o que torna possível para a pulsão fechar seu circuito, partindo de uma zona erógena, circulando o objeto e retornando ao seu ponto de partida. Em outras palavras, o assujeitamento ao Outro, lugar do tesouro dos significantes, coloca-se como condição para a assunção do sujeito do inconsciente, lugar do desejo.

Até este momento, com o retorno à Freud e Lacan, construímos a base teórica que sustentará a hipótese clínica que possibilita a intervenção com bebês e seus pais. O conceito freudiano de pulsão e seus desdobramentos, relidos sob a orientação lacaniana, permitiram uma nova concepção de corpo e de Eu à luz da psicanálise. Saímos do orgânico para a dimensão do sujeito submetido à linguagem, o que provocou um rompimento com a ideia de um processo de desenvolvimento que desconsidere os efeitos do significante sobre o organismo e seu funcionamento. Com Lacan (1960b/1998), afinal, aprendemos que “o desejo se esboça na margem em que a demanda se rasga da necessidade” (p.828). Essa margem é aquela na qual a demanda, cujo apelo não pode ser incondicional senão em relação ao Outro, porta um traço de falha por sua impossibilidade de satisfazer-se. O capricho deste Outro soa, para Lacan

(1960b/1998), como o “pisoteio de um elefante” (p.828), marcando, em seu ensino, o lugar do *simbólico* e sua importância na articulação com as instâncias do *real* e do *imaginário*.

Vale dizer que, para este trabalho, consideramos necessário frisar a distinção que marcou o início do ensino lacaniano entre as noções de Eu e de sujeito. Além disso, tampouco equivalem entre si o sujeito da pulsão e o sujeito propriamente dito, ou seja, sujeito do inconsciente - ainda que não seja possível pensar no segundo sem o primeiro. Com efeito, Lacan (1964/2008) situa o objeto da pulsão no nível do que chamou, metaforicamente, de uma *subjetivação acéfala*: “uma subjetivação sem sujeito, um osso, uma estrutura, um traçado, que representa uma face da topologia. A outra face é a que faz com que um sujeito, por suas relações com o significante, seja um sujeito furado” (p.180). Lucero (2015) recorda ainda uma referência feita por Lacan (1962-63/2005, p.55) em seu décimo seminário, *A Angústia*, a um sujeito do gozo (bem como a um gozo autista), trazendo um tipo de investimento libidinal no próprio corpo, sem a necessidade de que este corpo seja reconhecido como distinto do meio, de modo que, ao tomar os objetos como parte do próprio corpo, investindo-os de modo autoerótico, o sujeito “oblitera a função de mediação [dos objetos] entre o eu e realidade/Outro, presente, por exemplo, nos objetos transicionais ou no uso simbólico dos objetos” (Lucero, 2015, p.202). Trata-se, como podemos ver, de uma diferenciação essencial quando pensamos em uma clínica que envolva os primórdios da constituição subjetiva.

Neste ponto, dialogando com Vorcaro (1999), temos o caminho aberto para pensar nas condições de estruturação diferenciadas e nas saídas patológicas de algumas crianças, nas quais “o corpo pode denunciar o impedimento da função primordial do significante – a equivocidade e suas consequências na subjetivação, em que uma enunciação não se destaca” (p.93). Por um lado, o que se passa na psicose fica claro em suas manifestações clínicas: a criança fica colada ao mandato em que ela *é* o que falta no Outro. Aqui, a questão da alienação não traz dúvidas: “este bebê se assujeita facilmente a uma mãe que, em geral, não hesita em gozar do objeto que lhe é assim oferecido” (Laznik, 2004, p. 31). O que fracassa é o outro polo da subjetivação, ou seja, a operação de separação: momento lógico em que, diante da falta do Outro, o sujeito busca um objeto (para sempre perdido) que fosse capaz de completa-lo.

Quanto ao que se passa nos autismos, por outro lado, vemos divergências entre alguns autores. Uns aproximam o autismo da psicose/esquizofrenia, havendo, portanto, alienação, enquanto outros pensam o autismo logicamente anterior a ela. Frequentemente, além disso, vemos a defesa da hipótese de uma quarta estrutura clínica. Diferenciando claramente os autismos das psicoses, Vorcaro (1999, p.34) supõe que a criança autista entra na alienação significativa para, em seguida, destacar-se, sem entretanto efetuar uma interpenetração entre os

campos do ser e do Outro. Sem interpolação, a criança se mostra ou puro ser vivo, organismo, ou pura máquina significante, em um funcionamento paralelo demonstrado por uma exclusão ativa. Em trabalho mais recente, Lucero & Vorcaro (2018) apontam ainda que, fixado biunivocamente em significantes, restaria ao sujeito [que encontra-se na posição subjetiva dos autismos] operar a matriz simbólica a serviço do princípio do prazer, trabalhando na busca de sua reprodução pela via dos automatismos de repetição: “A linguagem torna-se código de signos fixos, sem enunciação. Acumulados e empilhados um a um, eles podem franquear abstrações de alta complexidade, como nos autistas de Asperger, ou a interrupção do desenvolvimento cognitivo em sua estagnação, como em autistas débeis” (p.41). Para Vorcaro (1999), “na clínica, trata-se precisamente de contar com a incidência do **sujeito da pulsão**, para aí reconhecer um trajeto, discretizá-lo, fazendo incidir o corte do significante na substância de gozo, cartografando-a e dando-lhe outra extensão” (p.58, **negrito nosso**). Laznik (2004) concorda com a distinção em relação às psicoses e, também interrogando-se sobre os quadros de autismo, diferenciará *alienação simbólica* (submissão à linguagem), *alienação imaginária* (estádio do espelho) e *alienação real*. Apresentará a hipótese de que, nesses casos, o fracasso da instauração do circuito pulsional, cujo remate dá uma consistência *real* à alienação, marca uma falha fundamental da própria presença original do Outro, que tem como consequência a impossibilidade da instauração do tempo constitutivo do imaginário por meio da relação especular com o Outro e, portanto, do Eu (Laznik, 2004, p.51). O circuito pulsional e a hipótese de Laznik são o tema do próximo capítulo.

CAPÍTULO 2: RETORNO AO SUJEITO PULSIONAL EM TRÊS TEMPOS

A articulação freudiana sobre as marcações que se dão no contato do bebê com seus cuidadores permitiu a Lacan uma outra abordagem das noções de corpo e desenvolvimento, tomando como referência a relação com o Outro, em um tempo lógico de inscrição do significante no corpo, de que depende a assunção da imagem e a constituição do Eu. Freud (1915/2017), articulando o trajeto pulsional em três tempos, é relido por Lacan (1964/2008), momento no qual explicita o caráter circular deste circuito, cujo remate é o que permite ao *infans* atingir a dimensão do Outro. São construções teóricas fundamentais à psicanalista Marie-Christine Laznik na formulação de sua hipótese do que se passaria nos casos de autismo e também o de que trataremos neste capítulo.

2.1 OS TRÊS TEMPOS DA PULSÃO EM FREUD

Em *As pulsões e seus destinos*, Freud (1915/2017) retoma o caráter fundamental e obscuro do conceito de Pulsão. Aberto ao aprimoramento de seus conceitos e às modificações necessárias ao longo do progresso do conhecimento, afirma que toda elaboração científica é passível de contradições em um momento fundador e que o avanço das investigações pode ocasionar alterações em seu conteúdo. Laznik (2004, p. 89) dirá que essas precauções, em Freud, justificam o interesse de Lacan em abordar um dos maiores pontos de contradição no texto freudiano, o da possível confusão entre o registro da pulsão e o da necessidade vital.

Ao destacar, como já havia feito em 1905, nos seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, o estímulo pulsional como uma força constante de excitação que advém do interior do próprio organismo, requerendo, por isso, outras ações para eliminá-lo (diferentes das utilizadas para o estímulo externo) e para o qual fuga alguma seria eficaz, veremos Freud (1915/2017, p.19) referir-se ao estímulo pulsional como uma *necessidade*², em busca de *satisfação*, para, em seguida, apontar o quanto a introdução das pulsões torna complexo o simples esquema reflexo fisiológico (p. 21). Defenderá, então, que os estímulos pulsionais não podem ser reduzidos, dominados, como os demais estímulos que atingem o sistema nervoso.

² Em nota de rodapé da edição produzida pela Ed. Imago, em 2004, de “Pulsões e Destinos da Pulsão” (Freud, S. 1915/2004), temos a seguinte observação deixada pelo tradutor em nota: “*Bedürfnis*, ‘necessidade’, ‘carência’; Sign.: refere-se à necessidade não como dado objetivo, mas como ‘ter necessidade de’, ‘sentir carência’; implica a presença de um ser que sente falta de algo, portanto tem também o mesmo caráter impelente de *Trieb*, *Reiz*, *Drang* e *Zwang*, respectivamente ‘pulsão’, ‘estímulo’, ‘pressão’ e ‘compulsão’. Obs: também pode significar eventualmente ‘desejo’ ou ‘vontade’, o que é coerente com a polissemia de *Trieb* em alemão” (p. 163). A partir dessa observação podemos supor as inúmeras confusões trazidas por outras traduções e também podemos mais facilmente entender a leitura lacaniana acerca do conceito de pulsão e seu circuito.

Por manterem um inevitável e contínuo afluxo de estímulos, dirá que “são as pulsões, e não os estímulos externos, os verdadeiros motores dos progressos que conduziram o sistema nervoso, com sua infindável capacidade de realização, ao seu tão elevado patamar atual de desenvolvimento” (Freud, 1915/2017, p.23).

A divisão entre Pulsões do Eu (ou de autoconservação) e Pulsões Sexuais, presente neste artigo, não será sustentada até o fim pelo próprio Freud (1915/2017), que, como já vimos, estabelecerá, em 1920, uma nova dualidade pulsional, na qual opõe as Pulsões de Vida e de Morte. Neste momento de sua teoria, porém, Freud (1915/2017) trabalha com seu primeiro dualismo, apesar de já apontar a possibilidade de que novas descobertas pudessem ser feitas, haja vista sua diferenciação anterior entre libido do Eu e libido objetal. De qualquer maneira, os componentes da pulsão já são aqui descritos com suas principais características: a *Pressão* (impulso), fator motor, soma de força ou a medida de trabalho da pulsão – destaca sua força impelente e o caráter de atividade presente na pulsão; a *Meta* (alvo), que é sempre a satisfação, mesmo que parcial; o *Objeto*, como o fator mais variável e substituível da pulsão, podendo ser estranho ao sujeito ou mesmo uma parte de seu próprio corpo, por meio do qual a pulsão pode alcançar sua meta; e, por fim, a *Fonte*, processo somático em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na vida anímica.

Em nosso primeiro capítulo, vimos que, para Freud (1905/2016), no início da vida psíquica as pulsões sexuais se apoiam nas funções de autoconservação e separam-se delas gradativamente até alcançarem autonomia quanto à satisfação. Mais tarde, vimos também Freud (1914/2004) introduzir a concepção de uma *nova ação psíquica* capaz de agir sobre a desordem pulsional para constituir o Eu e as zonas erógenas, o que serviu de substrato para, no ano seguinte, avançar com a ideia de que os destinos pulsionais servem como uma espécie de defesa contra as pulsões. São, de acordo com Freud (1915/2017, p. 35), quatro os destinos possíveis: 1- Reversão em seu contrário, que o autor desdobra nos processos de mudança da atividade para a passividade e de inversão de conteúdo; 2- Retorno em direção à própria pessoa; 3- Recalque; e 4- Sublimação. Os dois últimos foram previstos para serem trabalhados por Freud em outro momento, razão pela qual acompanharemos aqui o desenvolvimento das primeiras duas possibilidades.

Nesta abordagem, Freud (1915/2017) utilizará como exemplos os pares de opostos sadismo-masiquismo e voyeurismo-exibicionismo, tanto para ilustrar os destinos da pulsão, quanto a sua condição de satisfação, descrita em três tempos. Partiremos da saída em que acontece a “reversão em seu contrário”. Aqui, a *reversão* diz respeito apenas às metas da pulsão,

de modo que a meta ativa (atormentar, contemplar) é substituída pela meta passiva (ser atormentado, ser contemplado). Freud (1915/2017) descreve o processo da seguinte maneira:

a) O sadismo consiste em atividade de violência, dominação sobre outra pessoa como objeto. b) tal objeto é abandonado e substituído pela própria pessoa. Com o retorno em direção à própria pessoa, também se realiza a transformação da meta ativa da pulsão em uma meta passiva. c) Novamente, outra pessoa é procurada como objeto, a qual, em decorrência da transformação da meta ocorrida, terá que assumir o papel de sujeito. O caso *c* é o que comumente se chama de masoquismo. Nele, a satisfação também ocorre pela via do sadismo original, na medida em que o Eu passivo põe-se, no plano da fantasia, em seu lugar anterior, que agora foi deixado para o outro sujeito (p. 37).

No que diz respeito ao *retorno em direção à própria pessoa*, explica que o essencial é a troca do objeto com a invariância da meta, o que “torna-se compreensível se considerarmos que o masoquismo é um sadismo que se voltou contra o próprio Eu, e que o exibicionismo inclui a contemplação do próprio corpo” (Freud, 1915/2017, p.37). Ao investigar o par de opostos voyeurismo-exibicionismo, apenas uma divergência em relação ao sadismo se faz presente: a pulsão de olhar apresenta-se autoerótica e, portanto, narcísica, no início de sua atividade, quando encontra no próprio corpo o objeto. Dirá que “só mais tarde é que ela é conduzida, pela via da comparação, a trocar esse objeto por um que seja análogo no corpo alheio” (p.41). Em sequência, o trajeto já é conhecido: um primeiro tempo *ativo*, ou seja, o olhar como atividade, dirigido a um objeto alheio; um segundo tempo *reflexivo*, no qual há o abandono do objeto, o retorno da pulsão de olhar para uma parte do próprio corpo, com a reversão para a passividade e a designação da nova meta: ser contemplado; um terceiro tempo *passivo*, com a introdução de um *novo sujeito*, a quem a pessoa *se mostra*, no intuito de ser observada por ele.

Para ambos os exemplos, o psicanalista dirá que desde o início e ao longo de todo o processo a direção ativa da pulsão continua existindo, em certa medida, ao lado de sua nova direção passiva. A presença concomitante das moções pulsionais ativas e passivas conduz ao conceito de *ambivalência*, introduzido por Bleuler e aproveitado por Freud (1915/2017, p. 45) neste artigo. A única ocasião em que, na *reversão em seu contrário*, a chamada *inversão de conteúdo* ocorre é na conversão de amor em ódio. Como ambos os sentimentos com frequência aparecem dirigidos simultaneamente para o mesmo objeto, sua coexistência seria o exemplo mais significativo de uma ambivalência. Entretanto, Freud (1915/2017) não deixa de ressaltar o fato de que, apesar de haver uma íntima relação entre esses sentimentos opostos e a vida sexual, não se pode conceber o amor como uma espécie de pulsão parcial como as outras. Afinal, o amar admite mais de uma forma de oposição: *amar-odiar*, *amar-ser amado* e o *amar-odiar—indiferença*. Dentre essas três oposições, dirá que a segunda delas, *amar-ser amado*,

corresponde à conversão da atividade em passividade, remontando a uma situação fundamental: *amar a si mesmo*, característica do narcisismo.

Freud (1915/2017) nos lembra, então, de que, antes de discutir sua relação com o autoerotismo, convencionou-se chamar de *narcisismo* a fase inicial do desenvolvimento do Eu, durante a qual suas pulsões sexuais se satisfaziam de modo autoerótico. Aqui, o Eu não tem necessidade do mundo exterior, mas recebe dele objetos, devido às suas vivências e às trocas com quem se ocupa dos cuidados de seu corpo. A oposição Eu—não-Eu “impõe-se muito cedo ao indivíduo, por meio da experiência de que ele pode silenciar os estímulos externos por meio de sua ação muscular, mas é indefeso contra os estímulos pulsionais” (p.51). Esses últimos, por isso, são sentidos por um certo tempo como desprazerosos. Dominado pelo *princípio de prazer*, o sujeito toma para si, em seu Eu, os objetos oferecidos (desde que sejam fontes de prazer), introjeta-os (vertente passiva) e, por outro lado, expelle (ativamente) o que dele se torna causa de desprazer. Dirá Freud (1915/2017):

Ele se transforma, assim, do inicial Eu-real, que diferenciava interior e exterior segundo uma marca distintiva objetiva, em um Eu-prazer purificado, que coloca a marca distintiva do prazer acima de todas as outras. O mundo externo está para ele dividido entre uma parte prazerosa, que incorporou a si, e um resto que lhe é estranho. O Eu extraiu de si uma parte, que projeta no mundo externo e sente como hostil (p.54-55).

Assim, tal como o par de opostos amor-indiferença reflete a polaridade Eu-mundo externo, o psicanalista dirá que a oposição amor-ódio reproduz a polaridade prazer-desprazer que se vê ligada à primeira. É o que o faz concluir que, após o narcisismo dar lugar à fase objetal, o prazer e o desprazer significam relações do Eu-total com o objeto: quando o objeto se torna uma fonte de prazer, ele é amado e há, por isso, uma tendência a incorporá-lo. Ao contrário, se o objeto mostra-se como uma fonte desprazerosa, causa repulsa e ódio, provocando uma busca por aniquilá-lo.

Sob a luz da segunda dualidade pulsional, trabalhada no capítulo anterior, vimos Freud (1920/2006) retomar a polaridade amor-ódio presente no amor objetal para demonstrar a submissão da Pulsão Sexual à Pulsão de Morte e, assim, comprovar que o movimento da pulsão a partir do Eu em direção ao objeto em nada difere do movimento da pulsão objetal em direção ao Eu – o que, de certa forma, invalida a oposição entre libido do Eu e libido objetal usada como solução temporária para a questão do dualismo em Freud no texto de 1914. Vimos, além disso, a possibilidade de coincidirem situações em que o prazer e o desprazer aparecem, como na chamada compulsão à repetição. Colocando o *princípio do prazer* a serviço da Pulsão de Morte, Freud (1920/2006, p.181) expõe o caráter circular e parcial da satisfação pulsional, que

deixa o organismo sem a possibilidade de estacionar em nenhuma situação. Fazendo de seu alvo o próprio percurso, visa alcançar o restabelecimento de um estado anterior, de baixa tensão, perturbado pela influência de forças externas (p.160).

Com Lacan (1964/2008), a seguir, veremos uma leitura na qual a pulsão opera esse movimento circular do impulso que, como apelo, sai da borda erógena para a ela retornar, e que é no Outro que o sujeito encontra resposta. Pela via da circularidade da pulsão, entre o apelo e a demanda, a heterogeneidade se destaca. Uma hiância está colocada. Assim, nos lembra Campanário (2008), “o que se pode chamar de atividade pulsional é propriamente o fazer-se no lugar dessa hiância. O sujeito reside aí, distingue-se aí, aparece através disso” (p.77-78).

2.2 O CIRCUITO PULSIONAL EM LACAN

Se, conforme constatamos anteriormente, Freud (1915/2017) localizava o conceito de *Pulsão* no limite entre o psíquico e o somático, a abordagem lacaniana das pulsões realizada ao longo do *Seminário 11* (1964/2008) resgata o texto freudiano, demonstrando ser possível, desde as primeiras proposições, distinguirmos a satisfação pulsional da satisfação das necessidades. Para isso, importa alcançarmos o ponto em que o assujeitamento do bebê ao outro, de carne e osso, suporte do Outro simbólico, se faz imprescindível para o estabelecimento do circuito pulsional completo, tal qual Lacan (1964/2008) o concebe.

Ao lançar inicialmente a pergunta “o de que se trata, no que concerne à pulsão, será do registro do orgânico?” (p.160), Lacan (1964/2008) se empenha em nos mostrar que a constância de sua força “proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem um ritmo” (p.163). Retoma os quatro termos da pulsão trazidos por Freud (1915/2017) de forma disjunta, descontínua - *Drang* (impulso), *Quelle* (fonte), *Objekt* (objeto) e *Ziel* (alvo ou meta) - para destacar algumas características desses elementos, bem como seus lugares no trajeto pulsional. Em primeiro lugar, reforça a importância de lembrarmos que a pulsão (*Trieb*) não é o impulso (*Drang*). Identificando o impulso a uma tendência à descarga, Lacan (1964/2008, p.161) é levado a discernir a pulsão de qualquer estimulação que provenha do mundo exterior. Trata-se de uma força interna e constante, como já dissemos e, por isso, “a descarga em causa [na pulsão] é de natureza completamente diferente, e se coloca num plano completamente diferente” (p.163). Consequentemente, a *satisfação* pode ser considerada por uma outra via, que se afasta do caminho óbvio que culmina, como meta (*Ziel*), com a descarga do impulso (*Drang*). Para isso, ele nos lembra das vicissitudes da pulsão: a sublimação, com efeito, é um bom exemplo de uma satisfação inibida em sua meta. Já com os sintomas, a satisfação se daria ainda por uma outra via, de desprazer. É o que o leva a dizer que “o uso da função da pulsão

não tem para nós outro valor senão o de pôr em questão o que é da satisfação. (...) Esta satisfação é paradoxal. Quando olhamos de perto pra ela, apercebemo-nos de que entra em jogo algo de novo – a categoria do impossível” (Lacan, 1964/2008, p.164).

Ora, não é sem advertências que Lacan (1964/2008) aborda o caráter impossível da satisfação pulsional. Tratar-se-ia, aqui, não de entendermos o *impossível* como o contrário de *possível*, mas da própria incidência do real:

O real se distingue, como eu disse da última vez, por sua separação do campo do princípio do prazer, por sua dessexualização, pelo fato de que sua economia, em seguida, admite algo de novo, que é justamente o impossível. (...) O princípio do prazer se caracteriza mesmo por isso que o impossível está ali tão presente que ele jamais é reconhecido como tal. A ideia de que a função do princípio do prazer é se satisfazer pela alucinação está aí pra ilustrar isso – é apenas uma ilustração. A pulsão apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz (p. 165).

É porque nenhum objeto da necessidade pode satisfazer a pulsão ou, em outras palavras, porque “a boca que se abre no registro da pulsão – não é pelo alimento que ela se satisfaz, é como se diz, pelo prazer da boca” (Lacan, 1964/2008, p.167), que este autor marca em definitivo a parcialidade da satisfação pulsional, define o objeto (*Objekt*) como *a*, causa de desejo, e o realocaliza na teoria freudiana como aquilo em torno do qual a pulsão vai circular. Pergunta-se: “será que, na pulsão, essa boca não é o que se poderia chamar uma boca *flechada* [*fisgada*]? – uma boca cosida [costurada]” (p.176, itálico nosso).

Assim, a pulsão está ligada à concepção de uma montagem sem pé nem cabeça, “no sentido em que se fala de uma montagem numa colagem surrealista” (p.167) e o movimento pulsional, a partir daí, implica em uma desmontagem: o impulso (*Drang*) da pulsão parte da fonte (*Quelle*) - que nada mais são do que as zonas erógenas, na medida em que inscrevem na economia da pulsão uma estrutura de borda -, contorna o objeto (*Objekt*) *a*, e, com o retorno à zona erógena, agora tomada como alvo (*Ziel*), fecha-se em seu ponto de partida – o que está em total consonância com a sustentação freudiana de que a satisfação implicaria na remoção da excitação no órgão, na medida em que marca, também aí, um retorno para o corpo. Para Lacan (1964/2008), “é por aí que o sujeito tem que atingir aquilo que é, propriamente falando, a dimensão do Outro” (p.189).

No capítulo anterior trabalhamos, por meio do Estádio do Espelho, a incidência do significante, a construção da imagem corporal e a importância da dimensão fálica para a constituição subjetiva, o que faz com que saibamos, a essa altura, que essas bordas são estabelecidas pelo investimento libidinal no corpo do bebê por parte de quem se ocupa dos cuidados maternantes, um investimento que é essencial para que os orifícios possam funcionar

não somente como zonas erógenas, mas também desempenhando suas funções orgânicas (Teixeira, 2016). Aqui, por isso, nos deteremos no próprio circuito pulsional na medida em que, conforme se estabeleça, reverbera sobre o organismo e deixa suas marcas, das quais temos notícias por meio do que o corpo do bebê “dá a ver” e que podem inaugurar uma possibilidade de leitura do que se passa na relação entre o bebê e o Outro. Nesta leitura, outros elementos precisam ser considerados, é claro, para que não nos limitemos ao fenômeno, ignorando seu lugar no discurso. Lacan (1964/2008, p.170) já havia demonstrado, afinal, como ao desejo interessa coisa completamente diferente do organismo, sem deixar de implica-lo, entretanto, em diversos níveis, o que autoriza Vorcaro (2001) a sustentar que é com a materialidade oferecida por sua própria natureza que o organismo sofre os efeitos de sua desnaturalização a partir do momento em que a ordem simbólica passa a regular sua economia. Em seus efeitos sobre o organismo, a linguagem maternante fundaria uma matriz simbólica, entendida como “funcionamento significante mínimo implantado no organismo, fazendo leito para o posterior funcionamento da língua” (p. 273).

Ao retomarem o *Projeto* freudiano, Lucero & Vorcaro (2018, p.24) enfatizam que uma vez que o objeto que satisfaz a necessidade do ser humano só pode ser alcançado pela via de um outro, cedo o bebê descobre que, quando ele chora, é um outro que aparece. A tentativa de reproduzir a vivência de satisfação mobilizada pela *ação específica* que apaziguou a tensão somática, aos poucos modula o grito do bebê, que passa a clamar, não pelo objeto, mas pela presença do outro que propiciou uma sensação prazerosa. O efeito da fala, por conseguinte, advém dos próprios equívocos da linguagem. Entre o apelo (grito) e a resposta que vem do outro há um desencontro, uma hiância, que convoca o bebê à subjetivação:

Na fugacidade desse ato de supor um sujeito no grito situa-se o ponto de inseminação no simbólico. Por um lado, a interpretação materna dada ao grito anula a necessidade, por outro lado, o grito, resultante de uma tensão orgânica, é elevado à função de demanda, interpretado como signo da presença de um sujeito desejante (Vorcaro, 2001, p.275).

É justamente porque, a partir da incidência do significante, o objeto possível na relação entre o bebê e o Outro está perdido para sempre, que a satisfação da necessidade só pode ser pensada em um tempo mítico, que Lacan (1964/2008, p. 161) prefere chamar de ficcional. A perda do objeto é a condição para a vida na realidade humana. Se a parcialidade das pulsões, já presente em Freud (1915/2017), se coloca como determinante na teoria lacaniana, e, como consequência, também a dimensão da falta, podemos compreender que “o que é fundamental, no nível de cada pulsão, é o vaivém em que ela se estrutura” (Lacan, 1964/2008, p.175). Birman (1994, p.29) ressalta que apesar do sujeito do inconsciente ser constituído pelo Outro, existe

algo mais no aparelho psíquico que não é harmônico com a cultura e incide de maneira diferenciada na ordem da linguagem, produzindo com isso também diferentes modulações na relação do sujeito com o corpo, e, por conseguinte, permitem a produção das singularidades subjetivas. É esta heterogeneidade entre a ordem pulsional e a ordem simbólica que funda a possibilidade dos impasses e obstáculos que explicam, por exemplo, modos de satisfação que excluem o Outro e que tanto nos interessam neste trabalho.

Se por um lado o que é da emergência da sexualidade diz respeito a um processo orgânico, por outro lado Lacan (1964/2008) não estende este fato à relação entre as pulsões parciais, supondo possível um engendramento, uma metamorfose natural, já que “a passagem da pulsão oral à pulsão anal não se produz por um processo de maturação, mas pela intervenção de algo que não é do campo da pulsão – pela intervenção, o reviramento, da demanda do Outro” (p.177). Vivès (2009) nos lembra de que Lacan, ao conferir à invocação, como ao olhar, o estatuto de pulsão, propõe uma nova dialética das pulsões. Junto ao objeto oral e ao objeto anal, articulados à demanda (à demanda ao Outro e à demanda do Outro, respectivamente), ele introduz o olhar e a voz, que concernem ao desejo do Outro: “Enquanto que o *se fazer ver* se indica por uma flecha que verdadeiramente retorna para o sujeito, o *se fazer ouvir* vai para o outro” (Lacan, 1964/2008, p.190-191). Com Laznik (2004) ficará mais clara a importância clínica e o lugar dos objetos olhar e voz no atendimento pais-bebê.

Quando retoma os pares de opostos sadismo-masochismo e voyeurismo-exibicionismo, Lacan (1964/2008, p. 175) ressalta o apontamento freudiano de que parte alguma da *reversão* [*em seu contrário*] pode ser pensada desvinculada do caráter circular do percurso da pulsão. A partir das três vias da pulsão, a saber a *ativa*, em que o bebê busca um objeto externo; a *reflexiva*, autoerótica; e, por fim, a via *passiva*, em que o bebê **se faz** objeto de um outro, ele dirá que é preciso distinguir a volta em circuito de uma pulsão do que aparece – mas também por não aparecer - neste terceiro tempo. É quando destaca o *novo sujeito* a que Freud se refere no texto de 1915: “não que ali já houvesse um, a saber, o sujeito da pulsão, mas que **é novo ver aparecer um sujeito**. Esse sujeito, que é propriamente o outro, aparece no que a pulsão pôde fechar seu curso circular” (Lacan, 1964/2008, p.175, negritos nossos). Assim, podemos entender que a atividade da pulsão consistiria propriamente nesse *se fazer*: “o sujeito se aperceberá de que seu desejo é apenas vão contorno da pesca, do fígamento do gozo do outro” (p.180).

Ao considerarem que a privação do objeto da satisfação é elevada à privação do vivo (o ser ou o sentido do Outro) pelo funcionamento estrutural da linguagem, Lucero & Vorcaro (2018, p.41) enfatizam que a passagem do Outro simbólico ao Outro real é essencial para a compreensão das graves psicopatologias da infância. Para Laznik (2004), a ausência do terceiro

tempo do circuito pulsional, momento em que essa passagem aconteceria, é o marco principal no percurso do desenvolvimento psíquico de crianças que tornaram-se autistas. É disso, pois, que falaremos a seguir.

2.3 A FALHA NO CIRCUITO PULSIONAL: UMA HIPÓTESE DE MARIE-CHRISTINE LAZNIK

Há muitos anos a psicanalista Marie-Christine Laznik é internacionalmente reconhecida por sua contribuição teórico-clínica quando o assunto são os impasses no laço entre o bebê e seus cuidadores e, portanto, na constituição psíquica. Com vasta produção sobre o tema das intervenções precoces, esta autora tem se dedicado ao reconhecimento precocíssimo de sinais de dificuldade no desenvolvimento psíquico, principalmente aqueles que se mostram precedentes ou, ao seu ver, preditivos de um encaminhamento autístico. A partir deste reconhecimento, sustenta a possibilidade de reversão do quadro de fechamento relacional por meio de intervenções também precocíssimas que se destinem ao bebê e seus pais. Famosa por sua coragem em expor, por meio de imagens, fragmentos de suas sessões, discutiremos ainda neste trabalho seu modelo de intervenção e o protocolo PREAUT³, onde descreve o traço clínico indicador de *risco de autismo*, fruto de suas últimas pesquisas e que tem gerado uma ampla e importante discussão ética da qual não nos esquivaremos neste trabalho. Além disso, discutir a noção de *risco* também será importante. Antes, porém, será necessário nos debruçarmos sobre a hipótese teórica que sustenta suas produções.

Aberta às reformulações impostas pelos tropeços da clínica e também como efeito das discussões transdisciplinares que sustenta, Laznik (2004) resgata a metapsicologia freudiana e o desenvolvimento laciano da teoria das pulsões para tentar responder ao que se passaria nos casos de autismo. Sem adentrar nas questões etiológicas, ainda controversas, tratará do registro propriamente psíquico, objetivando formular uma hipótese teórica que embase tais intervenções precocíssimas.

A partir da análise de filmes caseiros fornecidos pelas famílias de crianças que receberam o diagnóstico de autismo, compartilhados pela equipe de Pisa⁴, sugere que seja possível reconhecer, nos primeiros meses de vida, sinais que indiquem um malogro no fechamento do circuito pulsional entre o bebê e o outro cuidador, “o que tem consequências

³ Falaremos mais sobre o protocolo PREAUT adiante, no capítulo 3.

⁴ Realizadas por Filippo Muratori e Sandra Maestro (1999), professores na Fondation Stella Maris, que faz parte da Faculdade de Medicina de Pisa, na Itália, as pesquisas citadas analisaram filmagens feitas pelas famílias de crianças que tornaram-se autistas. Nesses vídeos, foi possível reconhecer sinais precoces de fechamento relacional, utilizados por Marie-Christine Laznik em suas posteriores pesquisas sobre autismo na *Association Préaut*.

dramáticas no plano intrapsíquico, neurofisiológico – toda a psique apoia-se, a partir de então, em um corpo” (Laznik, 2011, p.11). O reconhecimento desses sinais ainda nos primeiros meses é o que nos permitiria, em suas palavras, “intervir para que se instaurem as estruturas mesmas que suportam o funcionamento dos processos de pensamento inconsciente. Intervir antes da organização dos déficits cognitivos” (Laznik, 2004, p.21). A psicanalista faz frente, aqui, aos encaminhamentos tardios, uma constante nesta clínica, e também aos modelos de intervenção pautados na reeducação e adaptação do comportamento que ignoram os componentes subjetivos implicados na organização das funções somáticas.

A ideia disseminada de que a psicanálise, em geral, culpabilizava as mães, chamadas “mães geladeira” (Bettelheim, 1967/1987), provocou o rechaço da psicanálise pelas associações de pais de autistas e um grande movimento pelo mundo que culminou com a ampla divulgação e prevalência, até hoje, da adoção de terapias comportamentalistas para estes casos. Se, em 2004, Laznik ainda se permitia o uso do termo “hospitalismo em casa” (p. 50) para referir-se a uma dificuldade antecipatória por parte dos pais que seria responsável pelo fracasso na instauração da relação especular, aos poucos a autora se mostrará mais cautelosa em sua abordagem. Alguns anos mais tarde, Laznik (2011) dirá:

Penso que, muito cedo, algo não funciona do lado do bebê, como constato desde o nascimento. O que não quer dizer que se trate de um real orgânico de imediato mobilizado no bebê, uma vez que nossas intervenções muito precoces parecem modificar o quadro. Também constatamos, de maneira praticamente sistemática, uma psicogênese da situação autística, mas ao contrário do que pôde ser infelizmente dito após Bettelheim: é o bebê que não responde que destrói, em poucos meses, as competências dos pais, ou pelo menos a confiança que eles têm neles mesmos (p.12).

Laznik (2011) não deixa de alertar para o fato de que é fácil confundir as causas e as consequências, já que rapidamente os pais se armam contra a decepção e, “no fim do primeiro ano, terão com frequência se tornado um mármore” (p.13). Assim, os efeitos sobre o olhar dos pais da ausência de resposta no bebê teriam permitido a certos psicanalistas que deduzissem, daí, que os pais seriam os responsáveis pelo fechamento relacional, reduzindo a psicogênese ao que se dá do lado dos pais, o que mais os afastaria do que abriria para as intervenções.

A partir dos estudos de Fernald⁵ sobre o manhês, Laznik (2004) pôde reconhecer que desde o nascimento, e antes de qualquer experiência de satisfação alimentar, por exemplo, o recém-nascido tem uma “apetência extraordinária para o gozo que a visão de sua presença

⁵ Fernald, A.; Simon, T. (1982). Expanded Intonation Contours in Mother’s Speech to Newborns. In *Development Psychology*, 20 (1), pp 104-113.

desencadeia no Outro materno” (p.82)⁶. Pôde destacar também o achado de que a fala dos pais ao bebê apresenta um pico prosódico só alcançado em situações em que uma grande surpresa vem junto com um grande prazer. *Surpresa e prazer*, também encontrados na terceira pessoa do chiste, como já havia destacado Freud (1905/2017), e que colocam em cena a dimensão da voz como objeto constituinte, já que, para a autora, o desgaste da função parental provoca, muito cedo, o desaparecimento da capacidade de utilização do manê nos cuidados diários. Igualmente, a capacidade antecipatória, presente nas chamadas pseudo-protoconversas – “essa dimensão louca que consiste em falar no lugar do outro” (Laznik, 2011, p.16) – também tende a diminuir ou mesmo desaparecer quando diante de um bebê que não responde. Jerusalinsky, J. (2014, p.83) reforça, entretanto, o fato de que o gesto, o toque, a entoação também podem assumir uma dimensão significativa, mas, para tanto, eles precisam ser lidos na série e não terem outorgados um valor intrínseco, um valor puramente fenomenológico por si só capaz de identificar, pela sua presença, uma espécie de “bom exercício da maternidade”. Para a autora, trata-se de fazer uma leitura do modo como as operações constituintes comparecem nas respostas do bebê ao cuidado ofertado, no modo com que os objetos circulam neste laço mãe-bebê.

Fazendo uso do esquema óptico utilizado por Lacan (1953-54/2009), Laznik (2004) volta sua atenção para o ponto em que ele dá conta da fase anterior ao Estádio do Espelho, quando importa o *olhar* dos pais, não tomando o olhar aqui como suporte da visão, mas no sentido da presença, em sua capacidade antecipatória, com o investimento libidinal necessário à instauração do narcisismo primário. “É esta imagem originária que permite que o bebê, em geral em torno do sexto mês, vá reencontrar jubilarmente a sua imagem especular” (p.45). Para ela, algumas mães não se deixam enganar por nenhuma imagem antecipadora. Elas vêem o próprio real, em sua desolação. Como consequência, torna-se problemática a vivência da unidade do corpo, trazendo grandes dificuldades em administrar a excitação, a não ser pelo seu evitamento radical (p.50). Laznik (2004), afinal, avisada sobre a importância do Estádio do Espelho para a assunção do Eu, propõe a hipótese de que, antes do momento em que a criança busca a confirmação, no outro, do reconhecimento de sua imagem especular, haveria um primeiro reconhecimento, não-demandado, que fundaria a própria possibilidade da imagem

⁶ Vale citar o apontamento de Lucero & Vorcaro (2018) de que, “entre prazer e gozo, cabe à mãe *ousar* e *dosar* a máscara da repetição” (p.39). A frase expõe a ambiguidade presente no termo francês *d’oser*, utilizado por Lacan (1969-70/1992, p.73) e trabalhado no artigo “Um refrão ausente que ressoa no corpo” (no prelo), de Angela Vorcaro.

especular, o que vemos pela instauração do traço unário por meio dos objetos olhar e voz. Interroga, então:

Poderíamos então deduzir que a impossibilidade de uma instauração apropriada do estádio do espelho em uma criança consiste na não-assunção jubilatória diante de sua própria imagem, ou na não-demanda de reconhecimento (por exemplo, nessas crianças que evitam virar a cabeça para o adulto que as carrega), poderia ser o efeito de uma falha deste reconhecimento primeiro? Uma tal falha poderia desde então dar conta deste *evitamento* que lembra uma forclusão, uma supressão dos signos perceptivos do que poderia se fazer *olhar* da mãe, no sentido de sua *presença*, de seu investimento libidinal? (Laznik, 2004, p.53).

Ao abordar a função do olhar (e também da voz, vale dizer) do Outro na constituição do Eu, fundando a alienação na sua consistência imaginária, Laznik (2004) é levada a considerar o remate pulsional como responsável pela instauração da alienação em sua dimensão real: “esta alienação real vem se enodar à alienação simbólica, que se sustenta no fato de que, quando Eu falo, é pelos significantes do Outro e portanto numa alienação inevitável” (p.64). Ora, se Lacan (1964/2008, p.180) havia nos advertido de que o fígamento do gozo do outro é próprio da atividade pulsional, tornou-se possível à Laznik (2004) interrogar o que se passaria no circuito daquelas crianças que depois receberam o diagnóstico de autismo. Para isso, retomará os três tempos da pulsão descritos por Freud (1915/2017) e relidos sob a ótica lacaniana em 1964, para teórica e clinicamente perceber que haveria uma ausência do terceiro tempo pulsional, ou seja, uma dificuldade, nesses bebês, em “se fazer”:

A pulsão, como dissemos, não é a necessidade. Ela conhece um impulso constante e não as flutuações próprias à fisiologia do organismo. A pulsão se satisfaz pelo fato de que esse circuito gira e de que cada um dos tempos voltará um número infinito de vezes. Só é possível estar certo do caráter verdadeiramente pulsional dos dois primeiros tempos na medida em que tivermos constatado o terceiro. O segundo tempo, em particular, pode ser totalmente enganador. Diante de um bebê que, num procedimento autocalmante, chupa o polegar ou a chupeta, só poderemos afirmar a existência da dimensão autoerótica se soubermos que o terceiro tempo do circuito pulsional existe nele em outros momentos. Caso contrário podemos muito bem nos ver em presença de um procedimento no qual o laço erótico com o Outro está ausente. Se retirarmos o termo *eros* do autoerotismo, vamos nos encontrar diante do *autismo*! Só podemos falar de um verdadeiro autoerotismo se a dimensão de representação do Outro e até seu gozo tiver se inscrito como traço mnésico no aparelho psíquico da criança (Laznik, 2011, p. 16-17).

É o remate, findo o terceiro tempo do circuito pulsional, que garante que, no pólo alucinatório de satisfação do desejo, haverá traços mnêmicos deste Outro materno, o *próximo assegurador*. Traços, não somente de suas características, mas de seu gozo, de modo que na experiência alucinatória de satisfação, o bebê reencontra os traços do rosto (e da voz, como dissemos) de sua mãe marcados pelo prazer. Assim, a partir de hipóteses metapsicológicas que explicam o laço entre a instalação da estrutura do pensar inconsciente e a estruturação do

circuito pulsional, Laznik (2011) associa a não instalação conveniente da estrutura do pensar aos déficits cognitivos presentes em casos mais graves de autistas, “como se justamente o sistema de defesa consistisse em elidir todos os lugares psíquicos onde traços mnésicos das representações do Outro pudessem ser registrados” (p.18). Um vai-e-vem que não constitui nenhum remate que em seu percurso fisgaria o Outro (ir em direção à comida, vir em direção a uma parte do próprio corpo ou a um objeto tendo função de pedaço do corpo, como são tomados os objetos autísticos). Aqui, pouco importando se a dificuldade constitutiva está na criança, que não se oferece, ou naquele que ocupa o lugar de Outro primordial, as intervenções precoces se antecipariam, já que “com uma certa contribuição libidinal por parte de um psicanalista, sabendo trabalhar as relações bebê-pais, o circuito pulsional completo pode se (r)estabelecer” (p.18).

Ao trabalharmos os primórdios do psiquismo pela via pulsional, retomamos a leitura atenta de Laznik (2004) da montagem em circuito proposta por Lacan (1964/2008). Ambos recolhem do próprio texto freudiano de 1915 o *novo sujeito* que surge no remate do trajeto pulsional, e só neste momento, e que seria considerado o *sujeito da pulsão*. Isso quer dizer que a atividade da pulsão, em seu terceiro tempo, produz o assujeitamento do *infans* ao campo do Outro, “campo do qual vai se constituir o sujeito do inconsciente” (Laznik, 2004, p.64). Se antes do remate a pulsão se manifesta, como disse Lacan (1964/2008), “sob o modo de um sujeito acéfalo” (p. 178), “é somente com sua aparição ao nível do outro que pode ser realizado o que é da função da pulsão” (p. 175).

No texto lacaniano, fica claro que o *novo sujeito* do remate pulsional é o outro, e que é com o assujeitamento do bebê a esse outro que a estrutura da pulsão aparece: “ela só se completa verdadeiramente em sua forma invertida, em sua forma de retorno, que é a verdadeira pulsão ativa” (Lacan, 1964/2008, p.179). Para Laznik (2004), é justamente aí que o eu ganha um corpo, por meio da enodação possível com a dimensão imaginária da alienação, “aquela que se efetua no reconhecimento de seu eu através da imagem especular de seu semelhante” (p.65). Para ela, é a impossibilidade ou a recusa do remate do terceiro tempo do percurso pulsional – tempo em que o bebê *se faz* objeto de um novo sujeito – que nos explica o que acontece com as crianças que tornam-se autistas.

É reforçando esta ideia que Coriat (1997, p.95) dirá que a imagem com que o adulto que ocupa o lugar de Outro real vê o objeto-*infans* é constitutiva do bebê e traduz-se em todos os

atos que o marcam (concernentes ao cuidado com o corpo e ao circuito oferta-demanda que está em jogo nesses cuidados). Saber olhar o bebê – e aí está implicada toda sua atividade pulsional – é reconhecer no que vemos de seu corpo e de suas produções o modo como estão sendo inscritas as marcas do Outro sobre esse real orgânico em particular. Assim,

A pré-história do sujeito, o tempo do proto-sujeito, esse tempo que *a posteriori* ficará inscrito como recalque primário, é o tempo do encontro do simbólico (portado por aqueles que se encarregam do *infans*) com o real orgânico recentemente nascido, essa massa fresca. O efeito deste encontro (na maioria dos casos, não em todos) é a produção de um sujeito de desejo. (...) Para sua operação, o psicanalista que trabalha com adultos não precisa ter presentes os dados relativos à gênese da estrutura com a qual trabalha. Não ocorre o mesmo com o psicanalista que é consultado em função de uma criança, ao qual não resta outra alternativa do que se perguntar: por quais vias materiais a palavra tem incidência antes de que haja palavra? (Coriat, 1997, p. 276).

Haja vista que o malogro na relação entre o *infans* e o outro (Outro) pode ser lido no corpo, na própria (des)organização das funções corporais e nas produções do bebê, estes sinais, quando notados, são, na maioria das vezes, a razão para o encaminhamento a especialistas. Ao receber um bebê em sofrimento e seus pais, a abordagem profissional e o manejo transferencial podem expandir ou limitar as possibilidades de investimento libidinal do laço pais-bebê e, portanto, influenciar nos caminhos da constituição subjetiva. Afinal, considerar as manifestações de um bebê como manifestações de uma subjetividade (mesmo incipiente, antecipada), é o que faz com que o clínico se atente para as formas de gozo e de relação com os objetos que comparecem a cada caso, propondo intervenções que acolham as defesas que lhe são possíveis. São considerações nos levam ao próximo capítulo, em que trataremos dos chamados “sinais de risco”, das intervenções precoces e em que se diferenciam das “estimulações” – em que o lugar do sujeito pode estar em jogo...ou em risco.

CAPÍTULO 3: “SINAIS DE RISCO” E INTERVENÇÕES PRECOSES

Há uma importante diferença em considerar o não enlaçamento do bebê ao campo do Outro no circuito pulsional como um indicador clínico de impasse na constituição psíquica e tomar este sinal como um signo patológico de autismo, por exemplo. São posições ético-políticas distintas, mesmo dentro da psicanálise. Apesar das divergências, o que se preserva, além da compreensão do enlace entre o bebê e o Outro como condição para a instalação da subjetividade e a atenção aos efeitos da ausência de alguns marcadores nessa relação sobre o desenvolvimento, é a aposta na infância como um tempo privilegiado de abertura para essas inscrições. Com o caso de Leo, um bebê cuja história de nascimento e seu lugar na família trouxeram dificuldades, podemos dar notícias de como o desenvolvimento físico e psíquico são indissociáveis e, por vezes, se beneficiam do olhar analítico sob transferência. Em seguida, destacaremos as divergências entre abordagens que entendem o desenvolvimento a partir dos marcos estabelecidos pelos manuais - e parecem escamotear o componente subjetivo em suas avaliações e estimulações - e o cuidado com as respostas subjetivas dos bebês, ainda que incipientes, privilegiadas nas intervenções psicanalíticas. Trata-se de uma discussão importante e que é retomada a cada vez que um psicanalista se propõe a dialogar com os demais saberes envolvidos com a primeira infância. Por isso abordaremos também o reconhecimento de indicadores clínicos que fundamentam dois importantes instrumentos elaborados a partir da teoria psicanalítica, o IRDI e o PREAUT.

Uma ressalva em relação à noção de *risco* se faz indispensável desde que passou a ser o grande argumento para a instituição de uma prática de “rastreamento psíquico populacional” (Mascarenhas et al., 2017), como vimos acontecer com a tentativa de implementação da Lei 13.438, de 26 abril de 2017, que sugere a aplicação de protocolo ou instrumento de detecção de **risco psíquico** a **todas** as crianças de zero a dezoito meses. Gerando enorme comoção entre os profissionais e pesquisadores envolvidos com a primeira infância, a questão dos protocolos também será trazida neste trabalho, tanto no que se refere à sua elaboração por psicanalistas (a que servem os protocolos?), quanto à adoção de seu uso por não-psicanalistas, culminando, por fim, com a discussão a respeito da prevenção em psicanálise.

3.1 O DADO A VER NO CORPO DO BEBÊ: SINAIS DE RISCO?

Ao lançar a pergunta sobre “como comparece o sujeito em um tempo no qual ainda não há fala e ainda nem sequer há a possibilidade do desdobramento do brincar como produção simbólica” (p.35), Julieta Jerusalinsky (2014) embasa a possibilidade de uma *leitura* de sinais explícitos no *dado a ver*⁷ no corpo de bebês, em especial naqueles que parecem constrangidos em seu desenvolvimento psíquico. Em sua tese de doutorado, essa autora se dedica a propor que a maternidade implica, além de um gozo fálico, um gozo Outro, decisivo no tempo das primeiras inscrições constituintes do psiquismo do bebê:

O exercício da função materna implica instaurar um funcionamento corporal subjetivado nos cuidados que realiza na relação com o bebê. A mãe se ocupa da economia de gozo do bebê – do olhar, da voz, da alimentação, da retenção e expulsão das fezes, do ritmo de sono e vigília – estabelecendo um circuito pulsional no bebê que não terá mais como prescindir do Outro para obter satisfação (p.15).

Esta autora se empenha, então, em demonstrar de que maneira os bebês recordam aos psicanalistas que a dimensão significativa não se reduz à palavra falada, tomando o gesto, a postura, o tônus corporal e a entoação como “produções pelas quais as formações do inconsciente comparecem em ato” (Jerusalinsky, J., 2014, p.44), razão pela qual a interpretação, em psicanálise, nada opera se reduzida a jogos de palavras que não perpassam a organização pulsional do sujeito em questão. Também dirá que é por isso que o *dado a ver* no corpo do bebê não tem como estar em uma espécie de dimensão pré-linguística, já que, como vimos em nosso primeiro capítulo, os pais interpretam as reações do bebê a partir de sua rede simbólica, um saber que só se faz possível na linguagem.

Quando consideramos o circuito pulsional como Lacan (1964/2008) nos apresenta, e conforme trouxemos no capítulo anterior, podemos dizer que a forma de apresentação dos circuitos pulsionais são sempre dependentes do modo como se articulam com a demanda-desejo do Outro que fez função maternante para cada sujeito. As demandas que o Outro introduz em relação ao bebê, dirá Jerusalinsky, J. (2002, p. 147), podem favorecer o estiramento da corda pulsional e, assim, dar lugar a diferentes produções, ou podem lança-la a um achatamento sobre a zona erógena, marcando um curto-circuito que o condenaria à pobreza repetitiva da estereotipia – seja porque a pulsão não busca a satisfação erótica ao enlaçamento com o Outro

⁷ Julieta Jerusalinsky (2014, p.33) se utiliza do termo “dado a ver”, explicando em nota ter sido inicialmente proposto pelo poeta Paul Elouard e aproveitado por Lacan em algumas passagens de seus seminários. Por exemplo, a expressão “dar-se a ver” aparece no *Seminário 11* (1964/2008), onde temos a seguinte passagem, em que trata do olhar e da dimensão escópica: “É por esta dimensão que estamos na criação escópica – o gesto enquanto movimento dado a ver” (p.117).

(autismo), seja porque neste laço encontra-se sempre com a mesma leitura do Outro acerca do que produz satisfação, assumindo significações unívocas, como nas psicoses.

Se acreditamos que é por meio da linguagem que os cuidados primordiais tornam-se os responsáveis pelo estabelecimento do ritmo de funcionamento das funções corporais do bebê, está justificada a importância de não dissociar o *dado a ver* no corpo do bebê do discurso parental – o que, mais uma vez, justifica a presença dos pais nas intervenções precoces, próximo ponto da nossa discussão.

Antes, não será demais ressaltarmos, seguindo Catão (2016), que, para que os esforços clínicos não surtam um efeito contrário e indesejável de patologização da infância, um sinal de sofrimento, sozinho, não deve ser considerado como suficiente para o diagnóstico de uma patologia. Esta psicanalista afirma que antes dos três anos de idade, aliás, o único “diagnóstico” possível é da presença (ou não) de sofrimento psíquico na criança. Por exemplo, o desvio ativo de olhar em um bebê é um sinal muito sensível de sofrimento psíquico, como concluiu a pesquisa PREAUT na França, e merece a atenção do profissional. Porém, apesar de ser considerado um sinal específico para *encaminhamento autístico* (e não de autismo, como muitos parecem conceber), Catão (2016) dirá que o fechamento relacional acontece também em bebês com outros tipos de dificuldade. Deste modo, ela insiste no fato de que, sozinho, o desvio ativo de olhar não permite o diagnóstico de autismo, mas deve nos fazer considerar que a criança pode estar atravessando algum tipo de impasse em seu desenvolvimento psíquico. Faz-se necessário sempre escutar os pais e/ou cuidadores e a própria criança, e considerar o sinal de impasse no amplo contexto desta escuta.

Com Vorcaro (2015), seguimos atentos à possibilidade de pregnância do que é dado a ver, quando “a clínica arriscar-se-ia a tomar a captação gestáltica do comportamento como parâmetro da interpretação, recobrando, reduzindo, num deslizamento de sentido, a invisibilidade de uma presença que o dado visível escamoteia, mas que aloca a unicidade da criança” (p.129). Aqui, a psicanalista sustenta a hipótese de que as manifestações da criança são estruturadas como uma linguagem, constituindo o texto que ordena sua realidade psíquica e indica, assim, uma direção possível quando tratamos de um bebê com embaraço em seu desenvolvimento: reconhecer “um organismo nomeado, situado na relação a uma linhagem e a um discurso” (p.130).

Trata-se, portanto, de um *dar a ver* que não se reduz ao que é visível, ao imaginário da fascinação pelo sintoma no corpo, mas de uma manifestação significativa que remete a outros significantes. Ora, se, por um lado, temos o organismo de um recém-nascido (respondendo às mais variadas contingências, desde síndromes, malformações, nascimento prematuro, refluxos,

etc.), por outro, junto a ele temos o agente da função materna, submetido a uma história e suas intempéries, que influenciarão diretamente na interpretação que faz das manifestações do corpo do bebê e no cuidado que é capaz de oferecer. São aspectos que, por sua incidência mútua, devem ser sempre igualmente considerados nesta clínica.

O bebê, com sua organização e produção corporal, “oferece o enigmático manifesto do modo em que o desejo parental fez carne em seu corpo” (Jerusalinsky, J., 2014, p.51), como Lacan (1969/1986) já havia nos prevenido em suas “Duas notas sobre a criança”. Por esse motivo, a não correspondência entre corpo e sujeito não pode ser ignorada na clínica com a primeira infância. As marcas que vêm do Outro produzem a erogenização das funções do organismo. Quando isso não acontece, a produção instrumental pode até se dar, mas o funcionamento do organismo exclui “a extensão simbólica que o objeto pode vir a ter como representante do laço desejante com o Outro” (Jerusalinsky, J., 2002, p.159). Intervir com a constituição subjetiva exigirá, por isso, que se leve em conta alguns aspectos fundamentais, como enumera Jerusalinsky, J. (2014, p. 51-52): 1) a estrutura psíquica de uma mulher que se torna mãe; 2) o lugar que o bebê ocupa no discurso parental; 3) como os pais colocam em ato seu discurso nos cuidados que dirigem ao bebê; 4) a resposta do bebê que, por meio de sua produção corporal (de sua organização pulsional) dá o testemunho do modo em que começa a situar-se psiquicamente diante dos primeiros efeitos de inscrição que nele se produziram no laço com o Outro primordial. Vistos também como indissociáveis, tais aspectos fundamentam a proposta de uma intervenção que se volte, não somente para o bebê ou somente para os cuidadores, mas para o laço entre eles, e convoque à cena o analista e seu desejo - a exemplo do que se passou no encontro entre a analista Marie-Christine Laznik, Leo e sua família, conforme veremos em breve.

Sem receio de parecermos insistentes e maçantes, é imperativo reforçarmos que a leitura de que as produções de um bebê indicam um constrangimento em sua constituição psíquica só é possível sob transferência, via que autoriza a escuta do discurso em que essas manifestações são tomadas, uma interpretação que, diga-se, também modula novas produções e, portanto, implica impreterivelmente o saber dos cuidadores e seus atravessamentos. Estas considerações em nada se afastam daquelas que são veiculadas nos documentos de saúde pública e coletiva nos quais se considera que condicionantes da saúde extrapolam os limites do corpo orgânico e se realizam na articulação do corpo com sua experiência de território e dos quais a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que regulamenta o SUS, é o principal exemplo. Associarmos as dimensões clínica e política à discussão sobre a dupla *sinais de risco* e *prevenção* é inevitável, uma vez que, no campo da saúde mental, dirá Katz (2017), a prevenção

tem sido extremamente problematizada por carregar muitas marcas das práticas eugênicas do início do século passado. “Prevenir transtornos psíquicos, naquele tempo, replicava práticas de normalização e moralização da vida, reproduzindo processos de silenciamento e disciplinamento dos corpos e mentes consideradas desviantes” (Katz, 2017, p.1). A mesma autora, sem desconsiderar que mesmo na saúde coletiva a noção de risco porta discordâncias, ajuda-nos a localizar a psicanálise nesse debate:

Nós, na condição de psicanalistas não prevenimos risco. Não prevenimos nem risco, nem nada. O que chamamos de intervenção precoce refere-se criteriosamente a experiência de um sofrimento em curso. É sobre esse sofrimento que um psicanalista intervém na clínica, jamais sobre o risco de que alguém adoça, pois, como sabemos, foi também Freud quem nos ensinou que não podemos prever o destino de uma marca, que a significação que qualquer experiência assume ao marcar o corpo do sujeito se dá a partir da realização (ou não) do seu encadeamento a outras marcas que instituem esse corpo em construção. Essa é uma prerrogativa ética: manter aberta a significação da experiência, a ideia de que as experiências em si não querem dizer antes do encontro com determinada subjetividade, e que isso não se repete em corpos diferentes (p.2).

Se, por tudo que dissemos, tornou-se possível entendermos estes sinais que o bebê *dá a ver* como a presença de um sofrimento já em curso, afastando-nos da ideia de risco, também a prevenção precisará ser problematizada (e o faremos), mas passemos agora para o escopo das intervenções propriamente ditas.

3.2 INTERVENÇÃO PRECOCE

O trabalho psíquico envolvido na maternagem implica, de acordo com Jerusalinsky, J. (2014), um recobrimento com a palavra advinda da transmissão inconsciente posta em ato no momento dos cuidados. O aparelho psíquico da mãe, nesse sentido, opera inicialmente como uma prótese diante das urgências vitais do bebê, já que “é a mãe quem arma uma leitura do que se passa com o bebê, que se interroga diante do enigma que ele comporta sancionando o sentido do que ele *dá a ver*” (p.107). Ao mesmo tempo, essa antecipação é atravessada por uma interdição, que abre espaço para a alterização. Para essa autora, o clínico é convocado na medida em que o *dado a ver* no corpo produz uma impossibilidade de significações, seja por impedir, do lado dos pais, o estabelecimento de novas representações na antecipação simbólica e funcional que produzem nos cuidados dirigidos ao bebê - ocasião em que o sintoma situa-se no próprio exercício das funções parentais -, seja quando tal impossibilidade de deslizamento efetivamente recai no corpo do bebê, produzindo sintomas que oferecem obstáculo à sua constituição.

Por sua grande influência sobre os estudos a respeito da primeiríssima infância e a importância das primeiras inscrições para a constituição do psiquismo, parece-nos impossível abordar as intervenções precoces sem considerar, também aqui, o que aprendemos com a psicanalista Marie-Christine Laznik. Ramos & Zimmermann (2017), inclusive, consideram que as concepções clássicas sobre a constituição do sujeito precisaram ser revisitadas, na medida em que recebemos resultados de novas pesquisas sobre as competências do bebê, das quais Laznik é grande entusiasta, e sugerem acrescentar ao nosso repertório da técnica psicanalítica, os conceitos de “reanimação do bebê” e “reconstrução dos pais”, cunhados por Laznik. Reconhecem, assim como nós, sua importância. As formulações teórico-clínicas de Laznik e, depois, a aplicação dessas considerações na leitura do caso de Leo, bebê acompanhado por ela, serão o ponto de partida para entrarmos na discussão seguinte, sobre o *sem-lugar* do sujeito nas estimulações.

3.2.1 Intervenção precocíssima no laço pais-bebê

Marie-Christine Laznik, psicanalista e grande referência na clínica com bebês que considera em *risco* de se tornarem autistas, ao longo de sua produção sobre o tema, tem sustentado um posicionamento quanto à etiologia do autismo que considera a multifatorialidade e não descarta a hipótese de que estes bebês apresentem uma “hipersensibilidade” desde o nascimento. De seu ponto de vista, mais clínico que político, falar de “risco” tem a função de alertar os pais para a necessidade de levar a sério as manifestações dos bebês, em oposição à postura anteriormente difundida de achar que “tudo passa” com o crescimento. Também o termo “precocíssima” visa a enfatizar esses primeiros meses de vida que, geralmente, e inclusive pela ausência de fala, não são ouvidos do ponto de vista psíquico nas consultas pediátricas. Em trabalho recente⁸, levanta a hipótese desta hipersensibilidade se vincular às sensações de dor – em oposição às vivências de prazer descritas por Freud quando da primeira experiência de alimentação –, como nos casos de grave refluxo gastroesofágico, tão comuns em bebês que se tornaram autistas⁹. Mais sensíveis que os outros bebês aos estímulos do ambiente, aos traços faciais ou à voz reveladora de afetos variados, estes bebês estariam menos abertos ao estabelecimento do laço com o outro encarregado de seus primeiros cuidados (Outro primordial).

⁸ Lucero, A. & Laznik, M.-C. (2017). Transitivismo e empatia emocional. Apresentação oral no *V Seminário Internacional Transdisciplinar sobre o bebê*. Paris, FR: Paris VII.

⁹ Correlação não negligenciada pelo site *Autism Speaks*, ao chamar um especialista para reconhecer sinais de refluxos de ácido gástrico dolorosos em pacientes autistas não verbais. Disponível em <https://www.autismspeaks.org/science/science-news/office-hours-gi-specialist-tim-buie-acid-reflux-and-autism>

Por este motivo, Laznik (2011) afirma deixar de lado toda causalidade, para interrogar laços entre acontecimentos simultâneos, voltando seu olhar ao bebê e ao sofrimento psíquico que motivaria seu fechamento e distanciamento do mundo relacional. Afinal, se o autismo tem sido considerado um transtorno neurodesenvolvimental, a intervenção precoce poderia mudar os rumos deste desenvolvimento, em especial, quando consideramos a neuroplasticidade dos bebês. Além disso, aponta que

do ponto de vista psicanalítico, a plena manifestação de uma síndrome autística pode ser considerada como tradução clínica da não-instauração de um certo número de estruturas psíquicas que, por sua ausência, só podem acarretar déficits de tipo cognitivo, entre outros. Quando estes déficits se instalam de maneira irreversível, podemos falar em deficiência (Laznik, 2004, p. 21).

Ora, a autora trata, aqui, de déficits decorrentes da não instauração de estruturas psíquicas ou, ao menos, de casos em que as causas orgânicas não puderam ser ainda identificadas, como ocorre com o autismo. Sem adentrarmos em uma questão etiológica, importa ressaltar como certo tipo de funcionamento psíquico pode favorecer ou não a aquisição de determinadas habilidades, ocasionando, em alguns casos, deficiências que não podem ser superadas. Por isso, a importância da intervenção precoce para orientar as estimulações de forma a não negligenciar a dimensão subjetiva do sofrimento, deixando de lado a constituição psíquica que suportaria um novo lugar para esse sujeito e fazendo de suas respostas algo compatível com sua maneira de se colocar no mundo. Como é para um bebê hipersensível ser estimulado por vários profissionais diferentes? Qual seria o melhor momento para iniciar certas intervenções? Como uma mãe com dificuldades de se relacionar com seu filho vai lidar com o fato dele ser manipulado por várias pessoas? Ou, por outro lado, delegando aos outros a tarefa de estimular seu bebê, quais os efeitos disso para sua vivência enquanto mãe? Em que medida sua presença é indispensável para o sucesso destas intervenções? Nota-se, com essas perguntas, a sutileza e a especificidade da clínica com bebês, mesmo com relação à clínica com crianças. Afinal, o que é que se estimula?

Clínica da constituição subjetiva que parte daquilo que funda a singularidade da teoria psicanalítica ao lado do inconsciente: a pulsão. No capítulo anterior, sobre sua hipótese teórica, demonstramos como, a partir do texto “As pulsões e seus destinos” (Freud, 1915/2004), Laznik (2013a) resgata os três tempos da pulsão: 1) ativo: o bebê busca o objeto externo; 2) reflexivo: toma parte do seu próprio corpo como objeto (autoerotismo); e 3) passivo: em que, *ativamente*, ele se oferece e “se faz” de objeto do gozo do Outro, para relê-los à luz da teoria lacaniana. Com efeito, é Lacan (1964/2008) quem destaca que “a atividade da pulsão se concentra nesse

se fazer” (p. 190) e seria neste terceiro tempo que haveria, de fato, a emergência de um novo sujeito do lado do Outro, alguém que o bebê reconhece como alteridade que tem prazer em sua relação com ele. Nos termos de Laznik (2013a), o bebê “procurará se fazer olhar, se fazer escutar ou, até mesmo, no nível oral, se fazer ‘comer o pezinho’” (p. 43).

A autora nota que este terceiro tempo é frequentemente ilustrado pelas publicidades, embora passe despercebido nas consultas pediátricas. Um exemplo claro é encontrado em revistas como *Pais e Filhos*, na foto de um bebê que, no momento de trocar as fraldas, toca com seus pezinhos a boca sorridente de sua mãe. Nesta situação, o bebê (que não parece em nada estar passivo) “estende seu pé apetitoso em direção à boca de sua mãe, que se deleita. O prazer partilhado salta aos olhos” (Laznik, 2006, p. 62). Para a psicanalista, quando este estágio não é constatado no bebê, temos indícios de uma dificuldade de estruturação subjetiva, marcando a possibilidade de evolução autística que, por sua vez, seria o principal critério de urgência para intervenções. Seu interesse nesse traço clínico, identificável desde os primeiros meses de vida, bem antes da instalação da síndrome autística enquanto tal, é permitir o reconhecimento precoce de um descompasso entre o bebê e seus cuidadores (que seja maior do que o descompasso habitual e esperado, é claro) e garantir intervenções que possibilitem o restabelecimento do circuito pulsional (Laznik, 2011, p. 18).

Ainda Laznik (2011, p. 21) sinaliza que é forçoso reconhecer que um bebê que não chama, ou não chama mais, que não olha, ou não olha mais, desorganiza completamente sua mãe. Em consequência, instala-se um círculo vicioso que deve antes de tudo ser interrompido, uma vez que “o bebê que não responde é capaz de destruir, em poucos meses, as competências dos pais, ou pelo menos a confiança que eles têm neles mesmos” (p. 12). Portanto, Laznik (2004, p.21) acentua o papel do analista e da transferência como facilitadores do advento do sujeito, pois o analista tem como tarefa intervir a tempo para que as estruturas que suportam o funcionamento do inconsciente possam se instaurar, para que assim o sujeito possa advir. A ênfase das intervenções precoces não recai sobre o bebê ou sobre os pais, mas sim no laço social e na relação pais-bebês. O psicanalista faz uma aproximação em relação ao bebê, norteado pelos significantes parentais; intervém diretamente com ele ao mesmo tempo em que escuta a mãe (cuidador), objetivando reeditar o laço entre eles e redimensionar os limites que o orgânico representa para a criança a partir de um novo olhar que lhe é oferecido (Mariotto & Chorne, 2012). Nas palavras de Jerusalinsky, J. (2014), a operação clínica consistiria em:

Sustentar em ato, diante do olhar dos pais, o manifesto que a criança dá a ver enquanto produção de um sujeito a quem se supõe um saber; sustentar o lugar do infante enquanto autor de uma resposta enigmática que se inscreve em rede com o saber inconsciente parental – e que, portanto,

por mais que se equivoque, não erra de destinatário, pois se dirige ao Outro encarnado -, tem efeitos contundentes no estabelecimento do seu laço familiar e em sua constituição psíquica. (...) Muitas vezes é pela via da intervenção em ato diante do olhar parental, em que o clínico sustenta a produção da criança enquanto manifesto de um sujeito, que os pais podem surpreender-se ao escutar, ao ver, talvez pela primeira vez, o que supostamente a criança teria a dizer e mostrar. Aí a intervenção não se dá nem com o bebê ou pequena criança, nem com os pais, nem com a dupla mãe-criança, nem com a tríade criança-mãe-pai. A intervenção consiste em dar lugar para que o sujeito que está se constituindo possa advir em seu justo lugar (p.63-64).

Observamos que o crescimento da clínica psicanalítica com bebês provoca a articulação entre a psicanálise e vários outros campos do saber, porém não nos esquecemos de que toda descoberta sobre as competências em idades mais tenras apenas reforça a importância daqueles que ocupam a função materna e paterna na tarefa de inserir o corpo em um circuito de sentidos e palavras, bem como os efeitos, sempre singulares, que daí advêm. Sabemos que, neste encontro, por vezes o clínico e seu desejo precisarão intervir, mas que essa intervenção deve sempre ter como direção que os pais se reanimem em seus próprios saberes em detrimento de todos os outros saberes massivamente oferecidos pelo avanço das neurociências, psicologias, pedagogias, etc. É neste ponto, portanto, que as *intervenções precoces* defendidas pela psicanálise diferem sobremaneira das chamadas *estimulações precoces*, de modo que propomos uma discussão a respeito dos efeitos esperados e provocados por ambas, questionando o lugar do sujeito – suposto, primeiro, para que seja, enfim, desejante - nas terapias que se restringem à estimulação, visando o restabelecimento psicomotor e a “adaptação” ao meio.

Antes de falamos sobre as *estimulações*, porém, trataremos Leo, um bebê recebido por Marie-Christine Laznik, cuja descrição de sua história e evolução permitirá que ilustremos a importância de um olhar a tempo para sinais de sofrimento precocemente detectáveis, os cuidados no manejo clínico e os efeitos de intervenções que se voltem para o laço pais-bebê.

3.2.2 Caso Leo, de Marie-Christine Laznik

Há pouco trouxemos pontos cruciais das intervenções precoces propostas pela psicanálise no que se distanciam de outras abordagens teórico-clínicas (às quais nos referiremos como *estimulações* neste trabalho e das quais falaremos em breve). De antemão, alertamos para o fato de que o lugar do sujeito, sempre em risco quando o cuidado se volta apenas para o alcance de habilidades motoras e cognitivas, carece de ainda mais atenção quando um bebê de fato apresenta atrasos em seu desenvolvimento. O entendimento de que a resposta subjetiva ao que se passa com o corpo é determinante também para a conquista de competências norteia a condução do tratamento de Leo por sua analista e se destaca neste caso clínico.

Leo chega até Laznik com seis meses de idade, muito embora as preocupações de seus pais tenham iniciado um mês antes de seu nascimento prematuro. Na 32ª semana de gestação, uma grande perda de líquido amniótico exigiu de sua mãe repouso absoluto, mas, ainda assim, o risco de infecção fez com que a equipe médica optasse pela interrupção da gravidez na semana seguinte. Um longo trabalho de parto e sinais de sofrimento fetal tornaram o momento do nascimento traumático para Leo e também para sua mãe. Por meio de uma cesariana de urgência, nasceu um bebê com grave insuficiência respiratória, necessidade de reanimação e internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por um dia e meio. Só depois da alta desse serviço é que mãe e filho estiveram juntos pela primeira vez.

A mãe de Leo, ainda em recuperação, não se tranquilizou com o que viu: um bebê hipotônico, pouco reativo e pouco relacional. A avaliação de uma sensoriomotricista notará a angústia materna e as dificuldades de Leo, às quais se somarão ainda um padrão de extensão (o enrolamento de quadril não era feito espontaneamente) e grande sensibilidade vestibular, manifesta pela resistência em ser manipulado. Diante de um bebê completamente fechado, com olhar fixo para o vazio e nada responsivo às solicitações, o encaminhamento para o tratamento psicanalítico se torna urgente.

No primeiro encontro entre Laznik e a família, Leo impressiona por seu aspecto corporal, desfalecido no colo, mas não completamente ausente, reagindo às investidas da psicanalista ainda que com atitude observadora e passiva, o que faz com que ela suponha que a possibilidade de atrair o olhar e a atenção de Leo pudesse ser efeito de sua voz melodiosa e sua expressão muito menos preocupada do que a da mãe. Laznik (2004, p. 71) retoma um artigo escrito anos antes em que trabalha a voz como primeiro objeto da pulsão oral e onde descreve como algo do desejo da mãe sobre a criança seria traduzido pelos traços de seu rosto, no modo de olhá-lo. Aos traços faciais acrescenta traços acústicos, que têm seu eixo na prosódia da fala dos pais com o bebê, como fundamentais na experiência de satisfação. A esses pais, muito preocupados, a analista responde com otimismo, ressaltando cada olhar de Leo como prova de seu potencial, ainda passível de ser expandido, haja vista a pouca idade e as mais atuais descobertas sobre a plasticidade cerebral. Laznik & Pelabon (2017, p.163) dirão que também os pais necessitam de “reanimação”, a fim de interromper suas antecipações negativas, eliminar o fantasma de um autismo congênito ou irreversível e para que recuperem sua capacidade de aposta e investimento no bebê.

Para a analista, Leo se mostrava tipicamente como os bebês que se tornaram autistas, de acordo com o que descrevem as pesquisas, já citadas, com filmes familiares realizadas em Pisa, na Itália. A ruptura do contato visual, bem como o interesse por fontes luminosas, características

desta clínica, levaram Laznik & Pelabon (2017) a supor nessa criança uma recusa deliberada de contato com a pessoa que solicita, sem, no entanto, desconsiderar sua condição orgânica, sensoriomotora. Leo, afinal, apresentava um atraso sério em seu desenvolvimento. Evitando o debate sobre o que viria primeiro, ressalta tanto o fato de que a dificuldade relacional prejudica o desenvolvimento, já que é da interação com o Outro que depende a organização das funções corporais, como também que “as dificuldades do bebê em organizar-se, sustentar-se, construir seu corpo, tornam-no indisponível para entrar em relação” (p.163).

Desde a primeira sessão, a analista introduz o registro pulsional, imitando o gozo oral que o pé de Leo lhe provoca. O uso do *manhês* e de um balanceio ritmado favorecem a percepção do bebê, que consegue fixar o olhar e esboçar um sorriso para a analista. Este momento exige muito cuidado com o manejo transferencial, já que a mãe presencia uma verdadeira troca prazerosa da qual ela não participa. Além da resistência em notar avanços relacionais em seu filho, preocupa a analista que os pais estejam convencidos de que Leo será autista, observando nele apenas sinais que confirmam essa hipótese. Diante da fragilidade da função materna, é preciso que o desejo do analista se faça suporte dessa aposta imaginária. Trata-se, pelo analista, de, emprestando sua voz, assegurar o reconhecimento das manifestações do bebê, destacando-as como significantes e efetuando, assim, uma aposta, uma pressuposição de um saber, ainda que sem sujeito – “na condição, porém, de fazer valer a prudência”, como nos lembra Fernandes (2018, p.153). Vorcaro (1999, p.101), também indicando a prudência necessária, alerta para o fato de que o analista, em seu empréstimo imaginário, não deve desconsiderar o entorno discursivo em que as manifestações do bebê são lidas. A escuta individual da mãe demonstrará os efeitos sobre ela do contato com esse corpinho desorganizado que nada lhe diz além de escancarar a dificuldade e impotência de seu filho. Aos poucos, parecerá mais fácil para ela atribuir ao bebê a autoria de suas produções, demonstrando uma *ilusão antecipadora*¹⁰ necessária no exercício da função materna e, portanto, para a constituição subjetiva. Leo, já na quarta sessão, passa a não mais recusar o contato com Laznik. No entanto, será preciso “muita energia para leva-lo a mudar de uma posição exclusivamente passiva para uma posição ativa, com tomada de iniciativa, até o terceiro tempo do circuito pulsional” (Laznik & Pelabon, 2017, p.165).

¹⁰ Com a expressão “ilusão antecipadora”, Laznik (2004) refere-se à importância do olhar do Outro para a constituição da imagem corporal originária, reencontrada na imagem especular. A mãe anteciparia, com seu investimento libidinal no *infans*, a presença de um sujeito. Dirá: “é preciso que o aparelho psíquico da mãe seja capaz da *ilusão antecipadora*, quer dizer, que ele veja o que não está lá” (p.45, itálico nosso).

Até que o bebê consiga buscar ativamente o olhar do outro e iniciar a troca prazerosa, objetivo da análise com bebês, Laznik considera presente o “risco de autismo” (Laznik & Pelabon, 2017, p.166), de acordo com os critérios estabelecidos pelo protocolo PREAUT, cuja base teórica de sustentação foi trabalhada anteriormente e seu uso será retomado mais adiante. Para Leo, isso acontecerá na sétima sessão, com oito meses e meio de idade. Será o início das trocas prazerosas mais frequentes no dia a dia da família e, a partir daí, a despeito das dificuldades motoras, que restaram durante muito tempo, Leo se faz escutar, dá mais importância ao adulto do que aos objetos, apresenta o apontar protodeclarativo, a atenção conjunta, o desenvolvimento da comunicação oral e o caminho aberto para constituir-se como desejante.

Trata-se de um fragmento de caso clínico que permite ilustrarmos a possibilidade de detecção muito precoce de dificuldades relacionais que poderiam encaminhar um bebê para uma posição autística. Nele, vemos fatores biológicos, consequência de uma gestação e nascimento complicados, que tornam propício seu fechamento para o contato com o outro, mas não só. Interrogamos aí os efeitos desse nascimento sobre os pais e sua dificuldade em investir em um corpo que se mostra problemático (hipotônico, desfalecido, com olhar desviante). Estão presentes, nesse caso, todos os elementos fundamentais para o acolhimento de pais e bebês em sofrimento, desde o manejo transferencial, a presença e importância dos pais durante as sessões, a chance de recolher os efeitos de um reenlace entre pais e bebê, e, de acordo com Laznik (2004), a possibilidade de reversão de um encaminhamento autístico, se submetido às intervenções o mais cedo possível.

A seguir, discutiremos alguns riscos que envolvem um cuidado que privilegie a reabilitação de funções em detrimento da resposta subjetiva possível a cada bebê, em sua história singular. Em seguida, abordaremos o processo de elaboração de dois protocolos de detecção de sinais de sofrimento (sinais geralmente tomados como “de risco” - termo cuja controvérsia abordamos anteriormente e não será retomada aqui) que tenham implicações no desenvolvimento e constituição psíquica, o IRDI e o PREAUT, que entendemos serem interessantes por sua sustentação teórica e por não deixarem de trazer à tona a discussão sobre a elaboração desses instrumentos por psicanalistas, bem como a implicação ética na adoção de seu uso nos serviços de atenção primária em saúde.

3.3 O (SEM) LUGAR DO SUJEITO NAS ESTIMULAÇÕES PRECOSES

Apoiados em um discurso científico de objetivação, comumente os serviços responsáveis pelo acompanhamento de crianças muito pequenas baseiam suas ações em critérios psicométricos e em um olhar fundamentalmente desenvolvimentista, por meio do qual destacam-se os déficits em detrimento do lugar do sujeito (mesmo o sujeito a advir) e de seu sofrimento. Neste sentido, a investigação clínica acaba por fechar um diagnóstico precocemente, o que nem sempre é benéfico, e volta seu objetivo para a reabilitação, *estimulação* e, comumente, uma medicalização indiscriminada. Esta instantaneidade diagnóstica, ligada a uma receita terapêutica pré-fabricada, dispensa um cuidado que considere o tempo e o lugar da palavra.

A ideia de déficit, por sua vez, sustenta a noção de que o bebê que manifesta alguma dificuldade porta um “menos” em relação aos outros e, por isto, deve ser mais estimulado. O bebê é submetido a sessões nas quais se concentra um maior número de estímulos (cores, sons, etc.), sem uma preocupação com as relações que ele poderia estabelecer com o agente encarregado desses “cuidados”. A este respeito, Alfredo Jerusalinsky (1988) nos lembra que:

resulta quase impossível introduzir uma estimulação sistemática e não obter algum resultado ao nível do comportamento. Porém, medir o progresso de uma certa discriminação perceptiva, ou o aumento da velocidade e precisão numa atividade de motricidade fina, nada nos diz acerca de como esses elementos estão ou não integrados no sistema de significação e, portanto, de articulação do desejo, que é o que constitui o núcleo fundamental desse sujeito (p. 65).

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 esta 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 deste 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, Teperman (2005) 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” (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, indiscutível e transmitido aos pais para que se apropriem das

técnicas de estimulação, mas sim um saber que considera a história e o meio social em que essa família se insere, os efeitos das dificuldades do bebê sobre aqueles que dele cuidam e o que, daí, interferirá no olhar que recebe. Sabemos a importância, afinal, do sentido dado pelos cuidadores àquilo que o “dado a ver” no corpo do bebê manifesta e seus efeitos sobre o investimento que esse bebê receberá.

Afirmar a linguagem como organizadora das estimulações que incidem no corpo, deslocando certas condições do organismo e do psiquismo, não quer dizer, é claro, que o tempo do desenvolvimento possa ser negligenciado. As descobertas transdisciplinares sobre o bebê e suas competências esclarecem a importância dos tempos iniciais para a aquisição de habilidades e para a constituição psíquica e, neste sentido, a epigenética¹¹ tem, cada vez mais, demonstrado os efeitos das experiências vividas sobre a atividade dos genes, não deixando dúvida da grande influência do ambiente sobre o desenvolvimento. Assim, um trabalho interdisciplinar que envolva a estimulação é essencial na clínica com bebês, desde que a dimensão do sujeito não seja negligenciada. Não podemos dividir o sujeito em várias partes independentes, como se a cada profissional correspondesse um trabalho específico. O desafio da multidisciplinaridade é justamente o de trabalhar junto a complexa singularidade de cada bebê: “o título de multidisciplinar pressupõe, em seu próprio nome, a insistência de uma falta: ele atesta, *a priori*, a impossibilidade e a insuficiência de qualquer disciplina isolada diante da resistência que a clínica, com a sua complexidade, oferece à compreensão” (Vorcaro, 1999, p. 109).

Não podemos recair no erro comum de se associar o sofrimento psíquico em uma criança pequena a supostas deficiências, ignorando suas peculiaridades subjetivas e influenciando sobremaneira o olhar técnico e, conseqüentemente, dos pais sobre o bebê. Igualmente, não devemos ignorar como qualquer desenvolvimento que fuja do padrão tipicamente estabelecido para determinada idade é vivido com muita angústia e preocupação por parte dos pais. Assim, mesmo diante de situações de síndromes genéticas ou patologias orgânicas, há sempre um sujeito sobre o qual incidem tais contingências e que vai reagir a isso de uma maneira singular, atravessado pelos fantasmas que surgem do lado daqueles que se ocupam de seus cuidados. De acordo com Alfredo Jerusalinsky (2015, p. 42), as mais avançadas descobertas sobre a incidência de acontecimentos psíquicos precoces não deixam dúvidas de que o desenvolvimento não obedece cega e automaticamente a mecanismos biológicos

¹¹ Disciplina da biologia voltada para o estudo dos efeitos ambientais e as transformações pós-natais sobre a capacidade e o modo da constituição genética se manifestar. De acordo com Alfredo Jerusalinsky (2015, p. 28), as descobertas da epigenética, somadas às descobertas sobre a neuroplasticidade, tornam impossível a dissociação entre os processos psíquicos constituintes e os processos neuro-maturativos e genético-ambientais.

predeterminantes e pré-formados, senão que, pelo contrário, é um produto da dupla incidência, por um lado, do ritmo de maturação neurológica marcado pela genética e, por outro, do processo de estruturação do sujeito psíquico que enlaça o pequeno humano no campo da família e da cultura. Se partimos em busca de recuperar um padrão comportamental fixado como ideal, toda a terapêutica se estabelece unicamente no sentido de reabilitar um comportamento indesejável e segue critérios sustentados por um discurso científico de objetivação que desconsidera, quando não anula, tal lugar do sujeito, que pode apresentar competências únicas ou receber um outro olhar.

Um cuidado de saúde que esteja empenhado em estimular a aquisição de habilidades cognitivas por meio da reeducação (seja do bebê ou de seus pais) e não leve em consideração, em suas intervenções, os aspectos prazeroso e afetivo nas primeiras relações estabelecidas entre o bebê e o Outro primordial, os efeitos dos significantes sobre o corpo, incorre no perigo de cronificação de quadros nosológicos e fechamento das possibilidades de investimento libidinal. Sobre a posição do clínico, Julieta Jerusalinsky (2002, p. 71) pontua que ele deve intervir possibilitando que os pais se autorizem a exercer seu saber consciente e inconsciente com seu filho. Mas, para que isso ocorra, também é preciso que o analista, em alguns momentos, empreste significantes, que sustente a significação que assume o gesto do bebê como aquisição instrumental do seu desenvolvimento, que introduza uma determinada arbitrariedade simbólica na criação do bebê – situação em que o manejo transferencial se coloca como central.

Nesse sentido, Vorcaro (2015) alerta para o fato de que a aposta feita pelo profissional em função diagnóstica ou terapêutica tem uma grande função para um sujeito em constituição, influenciando o olhar que a escola e a família terão sobre o sujeito. Ainda que não traga garantias ou que fuja do que seria esperado para determinado quadro clínico, esta aposta é o que orienta o sujeito em sua antecipação sobre o que poderá vir a ser, quer seja para aderir, contestar ou superá-la. Sem ela, o sujeito não tem onde apoiar-se subjetivamente. O que leva a autora a concluir que “qualquer diagnóstico, apesar de se supor posterior ao funcionamento psíquico registrado, promove uma aposta e, por isso mesmo, pode configurar uma sentença” (p. 126).

Uma das grandes dificuldades com que nos defrontamos na clínica com crianças está na exigência do diagnóstico, que, além de criar barreiras de acesso aos serviços, pode limitar as possibilidades de trabalho a partir do momento em que suas manifestações subjetivas são todas categorizadas em comportamentos previstos para determinado quadro clínico. Por outro lado, a ausência de um diagnóstico pode levar à tão comum peregrinação dos pais em busca de uma “resposta”, retardando o início do tratamento, ou mesmo a uma negação do que vem sendo

apresentado pela criança, sob a alegação de que “nada demais” ou de “grave” foi identificado pelo profissional responsável pelo caso. Por isso, enfatizamos a importância do trabalho multidisciplinar, que favoreça a ampliação do olhar sobre as questões implicadas no sofrimento psíquico, na medida em que cada especialidade pode dar sua contribuição e estimular aspectos específicos do desenvolvimento, desde que tais componentes não sejam vistos como partes independentes de um todo, cuidando para que a detecção de sinais de entrave ao desenvolvimento e subjetivação não termine por fixar o sujeito em um diagnóstico precipitado. Além disso, ainda que haja um certo protocolo de tratamento para disfunções na fala, na psicomotricidade, na visão ou em qualquer outro órgão, em cada sujeito a manifestação do que se apresenta como *déficit* é singular e vinculada a algo que, no conjunto, responde por sua forma de se colocar no mundo. Daí a necessidade dos profissionais trocarem informações sobre o caso e construir, juntos, um projeto terapêutico singular – como previsto nas propostas de inclusão.

O cuidado em saúde, em geral, requer certa objetividade em sua organização, a fim de preservar uma orientação comum entre os vários segmentos que o compõem. Partindo de diretrizes norteadoras, obedecem o modelo de atenção prevalente e almejam alguma uniformidade no passo a passo das condutas clínico-assistenciais. De acordo com Werneck, Faria & Campos (2009), essas diretrizes vêm sendo constantemente reafirmadas e normatizadas, principalmente por meio da construção de protocolos assistenciais que visem o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde. Mesmo alicerçados em referências científicas, estes protocolos estão submetidos às ideologias que fundamentam o modelo de atenção, razão pela qual não podem ser considerados neutros. A construção de qualquer protocolo em saúde, aliás, só permite a sua utilidade se forem respeitadas as necessidades singulares de cada território, serviço e do público a que se dirige. Caso contrário, será apenas um documento sem serventia, inaplicável.

Se na saúde a sistematização dos processos de trabalho ajuda no planejamento, implementação e avaliação das ações, conseguindo alguma padronização (sem dispensar as particularidades do contexto em que se insere, como dissemos), no campo da saúde mental as coisas se complexificam ainda mais. A mudança das concepções de loucura e doença mental provenientes da Reforma Psiquiátrica exigiram também um rompimento com as delimitações dos saberes tradicionais em seus modelos de cuidado e, mais do que nunca, a abertura dos protocolos aos atravessamentos políticos típicos da dinâmica deste campo. Algumas abordagens psicológicas, entretanto, seguindo o discurso médico/psiquiátrico, construíram ao longo do tempo instrumentos de avaliação pretensamente científicos e trazem uma objetividade

tanto na condução do tratamento como na expectativa de seus efeitos. A psicanálise, como posição ética, privilegia a liberdade de *estilos singulares de existência* (Birman, 1994, p.130) e, ao localizar o saber do lado do sujeito, também desloca o clínico e a ciência de seus lugares. Diante disso, torna-se possível interrogarmos sua aproximação do discurso médico-científico por meio da construção de protocolos de avaliação: a que ou a quem servem os protocolos neste caso? É o que nos leva ao próximo ponto da discussão.

3.4 O RECONHECIMENTO DE INDICADORES CLÍNICOS DA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA E A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS POR PSICANALISTAS

O reconhecimento, por psicanalistas, de indicadores clínicos presentes no processo de constituição psíquica e seus efeitos sobre o desenvolvimento, tão mencionados ao longo do trabalho e que servem como um rico instrumento na clínica com bebês, permitiu o desenrolar de duas importantes pesquisas sobre o tema: a “Pesquisa IRDI” (Kupfer et al, 2009), voltada para os sinais de impasse no desenvolvimento de crianças com idade entre zero e dezoito meses, e também a “Pesquisa PREAUT” (Laznik, 2006), cujo objetivo específico foi a construção dos indicadores de “risco para autismo” e sua detecção no 4º e 9º meses de vida. A transformação destes indicadores em protocolos e a adoção de seu uso torna inevitável que lancemos a questão sobre a que servem os protocolos na psicanálise: seria uma maneira encontrada para manter, ou mesmo estabelecer, o diálogo interdisciplinar? Como conciliamos o uso do instrumento e o papel do analista e da transferência nas avaliações e intervenções com bebês? Como aproximar a psicanálise do discurso da ciência sem que, com isso, haja uma sutura do lugar do sujeito? Mais do que responder, interessa-nos lançar ainda mais perguntas. Vejamos inicialmente o que é sinalizado por Vorcaro (2018) ao tratar da transmissão da psicanálise e os impasses da clínica:

Não é simples operacionalizar a prática clínica de modo a que ela suporte a tensão entre a manifestação de um sujeito e a teoria que enquadra sua observação e sua escuta. Pode-se, facilmente, fazer escolhas e recrutamento de dados que impeçam o discernimento do detalhe em que se aloca a singularidade que cada caso coloca *fora da pauta*. A decorrência dessa dificuldade é o risco de abolição da tensão entre o singular do sujeito e o universal da teoria, operante na clínica, em função do que já está categorizado. O esquecimento da tensão *singular-universal* privilegia o *particular* que as teorias nos oferecem, fazendo da clínica um dispositivo de obturação do desconhecido e não uma possibilidade de recolher a incomensurabilidade através do que o clínico testemunha (p.44).

Vemos aí que a autora resgata o caráter de abertura ao novo, central na clínica psicanalítica, e que merece ainda mais respeito quando se trata do cuidado com pequenas

crianças, para quem ainda estão se dando as principais marcações. Aqui, importa ressaltarmos que a expansão do diagnóstico de autismo trazida pelas novas categorias nosográficas tem provocado um imenso alargamento das ofertas de tratamentos e metodologias para detecção precoce, dispondo de saberes prontos e indiscutíveis. Depois de presenciarmos, por exemplo, a ampla divulgação de algumas escalas diagnósticas como *checklists* “autoaplicáveis”, não é demais reforçar que também merece atenção o lugar que é dado pelos cuidadores à fala do clínico, tomado como especialista, e a responsabilidade envolvida no manejo com a criança e com a família. Ainda que saibamos que a experiência psicanalítica admite diversas possibilidades de clínica, é fundamental que nesta diversidade “sejam reconhecidas as condições epistemológicas e éticas para a construção do espaço psicanalítico, isto é, uma experiência centrada na fala, na escuta e regulada pelo impacto da transferência” (Birman, 1994, p.27).

Ora, os instrumentos que comportam os indicadores clínicos reconhecidos por psicanalistas, e que trazemos neste trabalho, são inquestionavelmente estruturados a partir dos conceitos fundamentais. Aos psicanalistas parece óbvio que, mesmo que enumerem pistas, indícios dos caminhos do desenvolvimento psíquico, sejam eles positivos ou negativos, essa leitura só é possível na singularidade da escuta sob transferência, em que se considera outros aspectos, que ultrapassam a apresentação fenomênica. A esse respeito, Fernandes (2018) diz que

“o que ler”, do lado do bebê, tem sido associado a índices que mostram uma fenomenologia das várias ordens de dificuldades do bebê. Porém, a despeito de sua importância, muitas vezes é necessário ir mais além do que se vê para conseguir ‘o que ler’, pois há, por vezes, operações e mecanismos que aparecem também no que se esconde e no que aí se articula (p.148).

Demonstrando a complexidade da leitura destes sinais, Fernandes (2018, p.152) explica que devem ser consideradas as posições, tanto do bebê, que faz uma leitura e a demonstra através do seu corpo, como do agente parental, que oferece uma tradução como leitura, e também do próprio analista, que, mesmo com prudência, acaba por emprestar seu imaginário para que se abram, aos pais, outras traduções possíveis. Os idealizadores dos instrumentos, atentos a estas sutilezas, buscam reforçar o cuidado necessário para que os sinais marcados no *checklist* não sejam tomados como estanques, mas sim localizados num discurso, a cada tentativa de transmiti-los, especialmente a profissionais de outras categorias. Apesar disso, o melhor dos treinamentos ainda é incapaz de oferecer garantias do rigor ético de quem se utiliza dos protocolos. Haveria, então, uma maneira menos arriscada de divulgarmos as descobertas psicanalíticas sobre os momentos lógicos constitutivos e sua importância no acompanhamento

de bebês? Como impedir que os protocolos psicanalíticos sejam também capturados pela ânsia diagnóstica que tem causado tantos efeitos iatrogênicos, de patologização da infância?

São preocupações que ganharão força ao abordarmos a grande polêmica trazida pela tentativa de implementação da Lei 13.438, em abril de 2017, que sugeriu a adoção pelos serviços pediátricos de um instrumento que facilite a detecção de risco psíquico e sua obrigatória aplicação a todas as crianças que tenham entre zero e dezoito meses. Compreendendo que a própria iniciativa desta lei já nos dá notícias da ampliação das medidas de detecção e tratamento precoces sobre as quais falamos há pouco, precisaremos abordar a controversa investigação de “risco psíquico” em todos os bebês, e não só nos que já se mostrem constrangidos em sua constituição subjetiva, e os efeitos nocivos que daí podem advir. Antes, porém, traremos as duas pesquisas que deram origem aos protocolos construídos por psicanalistas, o IRDI e o PREAUT. Veremos que são instrumentos cuidadosamente elaborados para auxiliar na clínica, no diálogo interdisciplinar e na transmissão do saber psicanalítico a respeito da constituição psíquica, mas que entraram em pauta com a promulgação desta Lei, gerando fortes divergências.

3.4.1 Pesquisa IRDI: Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

A Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos para Detecção Precoce de Riscos no Desenvolvimento Infantil, sob orientação teórica psicanalítica, parte do pressuposto de que 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 sua mãe (ou substituto) – relações que promovem a inserção do ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, eixo organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes (Kupfer et al, 2003). Acreditando que falhas nesse processo de constituição da subjetividade ocasionam transtornos no desenvolvimento infantil, um extenso grupo de pesquisadores deu início à elaboração de indicadores clínicos para detecção precoce de transtornos psíquicos do desenvolvimento, com fins ditos preventivos, de modo que o objetivo principal seria o aperfeiçoamento de pediatras para atuar como agentes dessa detecção. A pesquisa iniciou-se em 2000 e publicou seus resultados nove anos depois (Kupfer et al., 2009).

Compreendendo o caráter polimorfo das manifestações comportamentais durante a primeira infância, em que uma dificuldade motora pode ser tomada, simultaneamente, como neuro-maturativa, psicológico-cognitiva, com valor trófico-fisiológico, e também como uma expressão emocional e significativa da relação com os outros em geral e com o meio (Kupfer et al, 2003, p.10), a depender da pessoa responsável pela avaliação, buscou-se compreender e

sugerir indicadores específicos para a relação entre o bebê e o Outro, por meio dos quais as manifestações psíquicas do *infans* fossem mais discerníveis. Aqui, vemos que importa a consideração trazida neste trabalho sobre a concepção psicanalítica de corpo pulsional e a impossibilidade de dissociação entre o desenvolvimento físico e psíquico. Estes indicadores, por isso, encaixam-se em quatro grandes eixos que nada mais são do que operações lógicas presentes no exercício das funções parentais: Estabelecimento da demanda (ED), Suposição de Sujeito (SS), Alternância presença-ausência (PA) e Instalação da função paterna (FP). São eixos que se entrelaçam nos cuidados que a mãe dirige à criança e também nas produções que a criança realiza, dando testemunho dos efeitos dessas inscrições. Assim, dirão estes autores:

a leitura dessa instalação na criança apoia-se em sinais fenomênicos que, articulados em uma lógica linguístico-simbólica, permitem supor a presença de uma subjetividade. Esses sinais irão compor os *indicadores*, a partir dos quais propomos investigar como está ocorrendo a constituição psíquica de modo articulado ao desenvolvimento da criança (Kupfer et al, 2003, p.17).

A partir da teoria psicanalítica foi possível a elaboração dos indicadores que, primeiro, permitiram a inclusão do “aspecto psi” no acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor realizado pelos pediatras e que, depois, culminou com um protocolo de avaliação (**Anexo 1**), onde notam-se 31 indicadores clínicos **positivos**, ou seja, indicadores que, quando ausentes, apontariam um *risco psíquico* ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis nos primeiros dezoito meses de vida da criança. Os critérios para a validação da pesquisa envolviam um segundo questionário, elaborado pelos mesmos autores, chamado de AP3 – Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (**Anexo 2**), cujo objetivo era checar se os efeitos das inscrições demonstradas pelos indicadores aos dezoito meses eram encontrados aos três anos de idade. Trata-se de um roteiro, a ser utilizado por psicanalistas, no qual constam quarenta e três perguntas que devem servir como orientadoras de uma entrevista realizada com os pais e com a criança.

A AP3 foi construída a partir dos quatro eixos utilizados para construir o IRDI (SS, ED, PA e FP), mas baseou-se também em quatro novas categorias, abarcando, assim, o que se espera encontrar no funcionamento psíquico de uma criança de três anos. Interessava à pesquisa estabelecer a relação entre os indicadores já aplicados, naquilo que eles evidenciaram a respeito das primeiras operações formadoras da subjetividade, e os efeitos manifestos a que essas operações deram lugar. Nas categorias escolhidas estão incluídos justamente esses efeitos, por meio de sua manifestação em sintomas clínicos. As novas balizas dessa construção estão expressas nas seguintes categorias: O brincar e a fantasia (BF); O corpo e sua imagem (CI);

Manifestação diante das normas e posição frente à lei (NL); A fala e a posição na Linguagem (FL) (Kupfer et al, 2009, p.8).

Para este trabalho, interessa-nos o fato de que na pesquisa IRDI privilegiou-se, sem desconsiderar o âmbito da maturação, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico. Ainda que não tenha como foco principal a detecção de graves psicopatologias da infância, trata-se, com este instrumento, de propor estratégias de detecção que permitam uma intervenção em um momento em que as áreas mais nobres do aparelho psíquico ainda estão em construção, antes que os processos psicopatológicos propriamente ditos se instalem. Este é um ponto que gera algumas divergências, já que o instrumento volta seu olhar para sinais de alerta, indicadores de impasses já presentes no desenvolvimento, mas também apresentam uma proposta de ações preventivas. Os termos detecção e prevenção comumente são confundidos por aqueles que se dedicam à clínica com a primeira infância, razão pela qual nos aprofundaremos, ainda neste trabalho, na (im)possibilidade de uma prevenção em psicanálise.

Ao grupo idealizador deste instrumento, portanto, importava transmitir o saber psicanalítico - no que se refere às funções materna e paterna como responsáveis pela instalação de um sujeito psíquico, a partir do qual o desenvolvimento de uma criança se organiza - aos profissionais da pediatria, principais responsáveis pelo acompanhamento e encaminhamento de crianças pequenas aos serviços especializados, de modo a não mais negligenciar a subjetividade implicada no processo de desenvolvimento das funções do organismo, de aquisições motoras e cognitivas, sobretudo quando em dificuldade.

Mariotto & Pesaro (2018) apontam que os efeitos da aplicação deste instrumento por diversos serviços e profissionais de saúde voltados para o atendimento infantil vêm sendo pesquisados e muito frequentemente tem-se demonstrado que, quando o instrumento IRDI é adotado como complementar às avaliações de rotina de bebês, estes profissionais tendem a sustentar uma prática fundamentada pelo conceito de laço constituinte, em que marca-se a não elisão do sujeito e que, portanto, acaba por inserir o saber psicanalítico na pólis. Além disso, dirão que os profissionais, ao se apropriarem dos indicadores e de seus fundamentos, incluem a singularidade das pessoas envolvidas no acompanhamento, na avaliação e nas orientações realizadas, o que significa que o uso do IRDI propicia a abertura de uma escuta e um cuidado com as pessoas envolvidas, seja no laço bebê-pais, seja no laço profissional-pais. Observam também que a aplicação do IRDI se torna útil como um balizador nas intervenções do profissional psicólogo e não só para predizer riscos do desenvolvimento. Por fim, esse instrumento busca auxiliar no trabalho e no diálogo interdisciplinar, no que o PREAUT também demonstra ter sua importância.

A ideia de promover saúde mental na primeira infância aparece, ao grupo da Pesquisa IRDI, diretamente associada à esfera preventiva, ambicionada com aplicação do instrumento. Interessados na educação infantil, e não só no acompanhamento pediátrico, os pesquisadores expandiram o alcance dos indicadores, construindo, a partir do protocolo, um conjunto de procedimentos de intervenção, chamado então de Metodologia IRDI (Kupfer et al, 2012). Aplicada em creches, esta metodologia visa facilitar ou mesmo possibilitar que o professor se autorize a realizar ações subjetivantes, fundamentais no cuidado à criança pequena, desprendendo-se da prevalência da lógica de “cognitivização” (p.138) presente nas instituições educativas, nas quais as estimulações predominam. Abertos às discussões a respeito da impossibilidade de uma prevenção em psicanálise e não ignorando as implicações do termo “indicadores de *risco*”, os idealizadores dos IRDIs sugerem adotar o nome **Indicadores de Referência** para o Desenvolvimento Infantil (Kupfer, 2018). As reconsiderações acerca de uma proposta preventiva estiveram presentes na construção do PREAUT, que também sofreu algumas modificações ao longo do tempo, conforme veremos a seguir.

3.4.2 Pesquisa PREAUT: Programme Recherche Evaluation Autisme

A chamada Pesquisa Preaut tem sua origem na França, em 1999. Idealizada e conduzida pela Associação Preaut (Programme Recherche Evaluation Autisme), fundada em 1998, presidida por Jean-Louis Sarradet e pelo Programa Hospitalar de Pesquisa Clínica (Programme Hospitalier de Recherche Clinique - PHRC), de Estrasburgo, coordenado pelo Dr. Claude Bursztejn, adotou o título *Avaliação de um conjunto coerente de instrumentos de determinação de perturbações precoces da comunicação que pode prever um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autístico*. Este título sugere que a pesquisa tem como proposta avaliar se um conjunto tal de instrumentos¹² pode ser considerado capaz de verificar a presença de perturbações precoces da comunicação, perturbações que podem prever (pressagiar) um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autístico (Ferreira, 2013). A partir de 2006, foi replicada também no Brasil como *Detecção precoce de transtornos da comunicação na interação pais-bebê e seu impacto na saúde mental na primeira infância* ou somente Preaut

¹² Os instrumentos citados – e disponíveis ao fim do trabalho - são: 1) Questionário Preaut - instrumento construído especialmente para a pesquisa (4º e 9º mês); 2. Questionário de Desenvolvimento da Comunicação QDC (12 meses); 3. Checklist for Autism in Toddlers - CHAT (24 meses). Neste trabalho nos deteremos no primeiro instrumento, único elaborado propriamente por psicanalistas, já que os demais instrumentos são utilizados na pesquisa para efeito de validação e confirmação/descarte do diagnóstico.

Brasil (Catão, 2018). De início, a sigla Preaut reportava ao caráter preventivo de sua proposta: PRE, de prevenção, e AUT, de autismo. Só mais tarde é que sofre a alteração para o atual “Programa de Pesquisa e Avaliação de autismo”. O cuidado com a mudança do nome, entretanto, não parece representar de fato uma preocupação com a veiculação da ideia de que seja possível prevenir autismo. Para além da noção de *risco*, trabalhada por nós no início deste capítulo, o que de fato parece preocupante, afinal, é a divulgação da possibilidade de detecção de “sinais de autismo em bebês” (Laznik, 2018), em vez de sinais de alerta para dificuldades no laço entre o bebê e o Outro, e também a “reversão do autismo no primeiro ano de vida” (p.23) como objetivo das intervenções, cujos efeitos seriam previsíveis e passíveis de garantias. São aspectos aparentemente sutis, mas que servem para interrogarmos o ponto em que, na tentativa de estabelecer um diálogo com outras disciplinas, esta proposta cede à ânsia diagnóstica dos serviços de saúde e se afasta, em alguma medida, da proposta ética sustentada pela psicanálise.

Partindo da hipótese teórico-clínica desenvolvida pela psicanalista Marie-Christine Laznik (e trazida anteriormente neste trabalho) de que em crianças que receberam o diagnóstico de autismo seria possível averiguar, em um tempo inicial da vida, o fracasso do circuito pulsional completo, marcado especificamente pela ausência do terceiro tempo do circuito pulsional, o protocolo Preaut (**Anexo 3**) objetiva a detecção e o acompanhamento de crianças consideradas em situação de risco, em face da apresentação de sinais de sofrimento psíquico indicadores de perturbações do desenvolvimento (dificuldades de comunicação e interação) que podem preceder transtornos de autismo. Ferreira (2013) destaca que a procura do olhar e a troca jubilatória, os dois sinais descritos e interrogados no Protocolo Preaut, consistem em jogos entre mãe e criança, nos quais é o bebê quem toma a iniciativa de provocá-los, suscitando de algum modo (olhando insistentemente para a mãe, sorrindo, vocalizando, movimentando-se) o olhar, a voz, o sorriso ou o gesto materno acolhedor, ou ainda as brincadeiras em que ele ativamente se oferece para ser devorado pela mãe, estendendo os dedos dos pés ou das mãos ou elevando a barriga na direção do rosto dela. Estes dois sinais comunicativos, em geral identificáveis no curso das consultas pediátricas de rotina do 4º e 9º mês, mostram que o bebê chega ao terceiro tempo do circuito da pulsão, se fazendo olhar (pulsão escópica), se fazendo ouvir (pulsão invocante), se fazendo devorar (pulsão oral).

Vemos a habilidade com que estes pesquisadores conseguiram, por meio do protocolo Preaut, sintetizar e tornar bastante simples o reconhecimento deste importante traço clínico encontrado por Laznik (2004; 2011) em sua hipótese teórica. Se, por um lado, sustentam com isso a expectativa de uma leitura dos sinais de sofrimento em um bebê, que, sem ter a

possibilidade de fala, demonstra no corpo seus impasses constitutivos, visando a intervenção antes que haja uma cristalização dos sintomas e mesmo dispensando um diagnóstico para o acolhimento do bebê e da família, com o que estamos absolutamente de acordo, por outro lado interrogamos o que parece ser uma corrida pela validação do instrumento dentro dos critérios conhecidos como científicos (incluindo análises quantitativas dos dados colhidos em suas intervenções, por exemplo) e a defesa de sua adoção formal no nível primário de atenção à saúde, seguindo o que foi possível ser implantado na França. Considerando a realidade brasileira, em que 1) ainda contamos com enorme defasagem do profissional pediatra em nossas Unidades de Saúde; 2) já existem instrumentos/documentos importantes e elaborados com a participação de inúmeros atores implicados no cuidado ampliado à primeira infância, como a Caderneta de Saúde da Criança (Brasil, 2016) e as várias linhas de Cuidado, entre as quais se encontra a Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias (Brasil, 2015); 3) as ferramentas disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), embora sirvam de modelo para outros países, nem sempre são utilizadas em sua excelência pelos nossos serviços. Por isso, precisam e podem ser fortalecidas. Além disso, sabendo que toda manifestação do bebê exige a interpretação de seus cuidadores e que essa interpretação, por sua importância, é responsável pela modulação do que ali se apresenta, a ideia de um cuidado em rede deve implicar na possibilidade de que as famílias sejam ouvidas em suas angústias e impressões, mesmo que os protocolos a princípio não as confirmem. E, ainda pensando nos efeitos do olhar dos cuidadores sobre a criança, quais seriam os impactos de uma antecipação investigativa que buscasse *sinais de autismo*, por exemplo, numa criança em que uma dificuldade (ainda) não estivesse em questão? Esta é a deixa para entrarmos em nossa próxima discussão, sobre o uso irrestrito de protocolos com bebês.

3.4.3 A Lei 13.438, de Abril de 2017 e o uso de protocolos com bebês

Em abril de 2017 foi sancionada a Lei 13.438, que altera o artigo 14º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069, de 1990). Onde lia-se “O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos”, acrescenta-se o seguinte parágrafo: “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, 2017a, grifos nossos).

A princípio, esta iniciativa se apresenta como um instrumento legislativo de garantia de direitos que serviria como disparador de processos de cuidados voltados para a primeira infância. Aqui, couberam os pronunciamentos daqueles profissionais que, envolvidos com a própria construção de instrumentos de detecção, como IRDI e PREAUT, viam na Lei 13.438 uma chance para que o saber “psi” e, em especial, o saber psicanalítico a respeito das etapas lógicas da constituição subjetiva, tivesse uma entrada na esfera pública de atenção à criança. Ao partirem em defesa de seus próprios instrumentos, foram, entretanto, contestados por diversos outros profissionais de saúde, psicanalistas envolvidos ou não com esta clínica, que mobilizaram-se contra a promulgação e contra a adoção de protocolos, ressaltando que

a promulgação de uma Lei para este fim, que legisla em exterioridade ao próprio SUS, que realça a detecção de riscos psíquicos - através da utilização de protocolos padronizados -, sem ser precedida por um amplo debate sobre efeitos iatrogênicos que poderá produzir, sobre os modos de sua execução e garantia de estruturas de atenção e acompanhamento nos inúmeros territórios brasileiros, requer uma análise aprofundada e amplo debate para que ela própria, paradoxalmente, não produza danos à infância brasileira (Mascarenhas et al, 2017).

O receio principal destes autores, como se vê, é o de que esta ação, pretendendo-se preventiva, acabe por “produzir, no limite, os indícios que supostamente se pretendem detectar como se já fossem existentes, uma vez que a investigação de um *ainda-não-objeto-de-investigação* o busca, o procura, e, portanto, em algum grau, o produz” (Elia, 2017). A pergunta pelo risco já seria, assim, o “alarme da doença”, trazendo à tona, mais uma vez, a confusão entre *prevenção* e *detecção* precoce de sinais de alerta. É a razão pela qual julgam necessário problematizar a utilidade da noção de risco como indicador de cuidado, bem como sua implicação na patologização da infância (Mascarenhas et al, 2017). Evitar a entrada tardia de crianças com dificuldades nos serviços requer a urgente dissociação entre a **necessidade de cuidado** e a **necessidade de um diagnóstico** (já que o primeiro não depende do segundo). Igualmente, não devemos confundir um *cuidado necessário* com prevenção.

São preocupações que, entre outras compartilhadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017b) e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda, 2017), geraram pareceres contrários à Lei 13.438 e culminaram com a suspensão de sua entrada em vigor. Diferem, de início, os termos *rastreamento*, que seria um procedimento que consiste na aplicação de teste, protocolo ou instrumento em todos os indivíduos independente de queixa, e *vigilância*, como o acompanhamento longitudinal articulado à aplicação de medidas mais complexas sempre que necessário. Depois de várias considerações, ambos os documentos sugerem que a vigilância da saúde de bebês se utilize de ferramentas já existentes, em especial

a Caderneta de Saúde da Criança (Brasil, 2016), que seria o principal documento de registro dos dados de saúde e evolução, utilizado nacionalmente. Seu conteúdo inclui informações indispensáveis para apoiar a mãe/pai/cuidador, orientações sobre os primeiros cuidados com o bebê, aleitamento materno e alimentação complementar, vacinas, etc. Além disso, possui espaços para registro de informações por parte dos profissionais de saúde, relacionadas à história obstétrica e neonatal (dados de parto/nascimento e primeiros dias na Maternidade), crescimento (curvas de evolução de peso e altura) e desenvolvimento (alcance pela criança dos marcos de desenvolvimento motor, sociolinguístico e outros, esperados para cada idade). Também fazem parte do seu conteúdo, direitos dos pais e das crianças, sinais de perigos à saúde, informações sobre os cuidados dispensados pela família para o desenvolvimento saudável na primeira infância e orientações para a promoção da saúde e prevenção de acidentes e violência doméstica (Bonilha & Grajeiro, 2016). Quando, nesse acompanhamento, algum fator se mostra preocupante, a equipe de saúde deve, então, coordenar a rede de serviços a serem acionados para o acompanhamento adequado da criança e da família, de acordo com suas demandas específicas (Espírito Santo, 2017). Inclusive, ressaltam fundamentalmente que a observação contínua de quem cuida de uma criança subsidia/complementa a avaliação profissional, em total consonância com a importância que os pais recebem também nas intervenções precoces, conforme as trouxemos neste trabalho.

O saber dos pais, imprescindível para desenvolvimento psíquico de um novo ser, já que dá notícias de como um filho se localiza no desejo de quem dele se ocupa com afeto, se faz indispensável também durante o tratamento daqueles que enfrentam dificuldades, sejam elas psíquicas ou orgânicas – aspectos que, como vimos, são indissociáveis. Sabemos que o desencontro entre pais e bebê, pelos mais variados motivos e nas mais variadas formas de apresentação, por vezes culmina com uma destituição da função parental, o que, antes de tudo, precisa receber a atenção do clínico. Deste modo, para Vorcaro (2015), “ao serem submetidas ao crivo da hipótese psicanalítica do inconsciente, essas tentativas de objetivação diagnóstica demonstram não ter eficácia porque substituem a necessária indeterminação que antecipa a aposta do vir-a-ser orientada na singularidade da linhagem familiar, pelo anonimato da genealogia das ciências médicas” (p.118). Para ela, tais práticas são capazes de produzir aquilo que o próprio diagnóstico propõe reencontrar. E mais:

A necessidade de diferenciação, localização e formalização das incidências mútuas entre o saber do inconsciente, o indivíduo cognitivo e o funcionamento orgânico, também devem ser alvo de formalização, a partir dos fundamentos da psicanálise, sobre *o que é e de que se constitui* a realidade psíquica do sujeito, *interrogando a medida temporal em jogo na definição de bebê, criança e jovem que afeta nossos saberes*. Enfim, numa psicopatologia psicanalítica de crianças

e jovens tenta-se contemplar a análise dos acontecimentos constituintes e dos desastres perturbadores ou até paralisantes desse processo dito de subjetivação em que o indivíduo cognitivo, as funções orgânicas e o sujeito do inconsciente ensaiam, num mesmo organismo biológico, coexistência e certa estabilização (Vorcaro, 2015, p.119).

Ao dizer que os tais “desastres” ou acontecimentos não podem ser localizados fora da experiência de cada um e, portanto, não são categorizáveis *a priori*, Vorcaro (2015) nos leva até o último ponto deste trabalho, a respeito da prevenção em psicanálise.

3.5 PRÉ-VENIR

Há uma grande diferença entre intervir cedo, o quanto antes, quando se detecta alguma dificuldade em um bebê - e, com isso, aproveitar toda a “janela de oportunidades” que a infância comporta por sua plasticidade neurológica (Shonkoff, 2016) e também pela abertura a inscrições de uma estrutura psíquica em constituição – e promover intervenções que ambicionem exercer um caráter preventivo. Há, aliás, muitas controvérsias colocadas no que se refere à prevenção quando o assunto é a constituição do psiquismo. Teperman (2005) traça um percurso sobre o tema da prevenção na psicanálise, sinalizando seu caráter de impossível – haja vista que o real, insistente e não simbolizável, trará sempre algo do qual não se pode prevenir –, razão pela qual o uso do termo merece cuidado.

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 este 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 constitutivo e, por conseguinte, cognitivo decorrente do não estabelecimento do laço com o Outro. Laznik (2004), afinal, nos lembra de que “não é a mesma coisa intervir com uma criança para tentar atenuar as consequências de um déficit cognitivo já instalado (ou em vias de ser) e intervir para (r)estabelecer o circuito pulsional completo, cujo não funcionamento causa este déficit” (p. 31).

Alfredo Jerusalinsky (2015) destaca que em todos os casos de autismo registra-se um ponto de falha precoce comum: quebra ou descontinuidade no reconhecimento recíproco entre o filho e sua mãe, entre a criança menor de três anos e os responsáveis pelos cuidados primários e sua inserção social. Sustenta:

Sem determinarmos a causa – sendo que nela pode intervir uma predisposição genética, uma condição neurológica, um obstáculo sensorial, uma forma qualquer de rompimento radical das relações primordiais na primeira infância – registramos sim que esse desencontro é a chave para a instalação da criança numa posição autística (p. 30).

O autor afirma ainda que o reconhecimento desta falha nas identificações primordiais entre o bebê e seu cuidador primário sustenta a posição psicanalítica de que as primeiras relações têm o poder de levar o desenvolvimento por diferentes caminhos. Além disso, destaca que os mais sérios pesquisadores na área da psiquiatria pediátrica, da genética, da neurobiologia e da psicologia do desenvolvimento, reconhecem que as condições afetivas, a acessibilidade à linguagem, e as condições psicossociais formam parte do ambiente (Jerusalinsky, A., 2015, p. 38). Assim, o resultante como sujeito depende da matriz que seja proposta para cada indivíduo, na medida em que a organização do funcionamento mental é um efeito da interação entre as condições genéticas e/ou neurológicas e o meio circundante.

“*Pré-venir*” (Rohenkhol, 1999), a partir destas considerações, falaria de um “chegar antes” e traria a importância da detecção de sinais precoces de transtornos na constituição psíquica do bebê, seguido da responsabilidade das intervenções com bebês e seus pais. Entretanto, remetendo-nos a noção da garantia nas intervenções (também impossível), Rohenkhol (1999) sugere que a aposta na existência do inconsciente e na possibilidade de que, daí, advenha o sujeito, guie o trabalho com bebês em sofrimento. Afirmando que a noção de prevenção aparece sempre indissociável de sua dimensão política, uma contribuição da psicanálise para outras disciplinas seria justamente tornar a prevenção, seu ideal e sua tentativa de controle interrogáveis. É o que a permite introduzir a proposta de uma “prevenção ao avesso”. O lugar do precoce situar-se-ia, então, do lado do analista que intervém na *função da pressa*, ainda com referência aos tempos lógicos de Lacan (1945/1998). Se é certo que um ato só é considerado como tal por seu efeito *a posteriori*, e que não podemos prever seus efeitos ou prevenir quaisquer consequências, a clínica com crianças “nos intima a sair da posição de espera para a posição de intervenção, de corte, de segmentação, a partir da qual uma hipótese diagnóstica pode ser formulada” (Vorcaro, 1999, p. 41). Acreditando que as estruturas psicopatológicas durante a infância são, de modo geral, modificáveis e passíveis de reversão, o risco de um encaminhamento autístico aponta para uma não constituição de estruturas básicas do funcionamento psíquico, ligadas, por exemplo, às funções da fala, da representação e do pensamento. Há um consenso entre os pesquisadores do desenvolvimento quanto ao período crítico da aquisição de habilidades pelas crianças e isso não pode ser negligenciado: “esperar

para intervir pode então equivaler a uma não-assistência à pessoa em perigo” (Laznik, 1997, p. 38).

Do ponto de vista da teoria psicanalítica, o consenso reside no fato de que o advento de um sujeito no bebê depende do estabelecimento do laço com o Outro primordial. De acordo com Laznik (2011), os déficits cognitivos ou uma “evolução deficitária seria o efeito do malogro da instalação do desejo e não a causa do autismo, como uma certa defectologia organicista parece preconizar” (p. 221). Nesse sentido, poderíamos explicar os ditos autistas de alto funcionamento, bem como o fato de crianças com síndromes genéticas e orgânicas terem evoluções tão distintas, mesmo que afetadas em suas capacidades cognitivas de forma direta e comprovada. É na relação com o Outro, no lugar que essa criança ocupa no desejo dos pais, que reside suas possibilidades de também advir como sujeito do desejo. Com isso, não recaímos em uma suposta culpabilização dos pais, mas abrimos as vias de um tratamento possível. Se não é possível determinarmos as causas de um fechamento relacional ou os efeitos de acometimentos orgânicos, nossa aposta é a de que apenas com o apoio daqueles que se ocupam das crianças, conseguiremos algum avanço. Daí a importância da intervenção junto com os pais, mesmo que, em alguns casos, a estimulação de funções específicas seja recomendada por um profissional especializado. O sujeito deve ser tratado em sua integralidade, e não como um cérebro com problemas. Se há um cérebro com problemas, certamente tem alguém aí para falar disso, de como isso lhe afeta de maneira singular e diferente dos demais. Lacan (1975) já nos alertava de que não podemos dizer que os autistas [ou os bebês] não falam: “que tenhamos dificuldade para escutá-los, para dar sentido ao que eles dizem, não impede que sejam, finalmente, personagens bastante verbosos” (p.13).

CONCLUSÃO

O aperfeiçoamento da pesquisa e sua atenção às idades cada vez mais tenras tem, em geral, o objetivo de impedir ou pelo menos minimizar os efeitos de determinados agravos em saúde. Um grande investimento científico que torna possível não só o diagnóstico, mas também o tratamento precoce. Coriat (1997, p. 94) destaca que, junto a isso, comparece uma busca pelas causas, a saber, a etiologia, com o fim de intervir sobre elas. Para a autora, não só diante do real da morte a medicina toca seus limites, mas também frente ao real de um corpo que chega ao mundo com determinadas alterações, ou que é lesionado pelo caminho. O parâmetro do desenvolvimento tem como referência o desenvolvimento tomado como típico em nossa sociedade, considerando seu momento histórico, é claro. Quando interroga “quem se preocupava, há pouco tempo atrás, se um bebê de dez meses não engatinhasse?” (p.94), Coriat (1997) demonstra que as mudanças ao longo do tempo em relação ao que se considera nas avaliações de um bebê abriram enormes possibilidades para o futuro das próximas gerações, porém paralelamente assentaram-se as bases de uma nova e sinistra iatrogenia:

Com pisadas de elefante, o suposto saber da ciência a este respeito, sustentado por nossa cultura pelos meios de comunicação, por carradas de livros de divulgação e até por associação de pais, irrompe no delicado terreno do saber inconsciente que, mal ou bem, tem se preservado e transmitido ao longo de gerações e gerações indicando a cada mãe como criar seu filho. (...) Se digo o ‘suposto saber’ da ciência é na medida em que, ao se tratar da clínica de bebês, a maioria dos profissionais das diversas disciplinas excedem-se nas hipóteses acerca das causas, não cientificamente comprovadas, que guiam seu afazer (p.95).

Ao considerar a incidência da linguagem no corpo, tomando-o a partir das marcas da sexualidade, a psicanálise não só se afasta das noções tradicionais de desenvolvimento, mas também introduz elementos importantes a partir de como entende a constituição do sujeito, a transferência e a direção do tratamento. Lacan (1958/1998, p.592) é bastante preciso ao destacar que dirigir o tratamento não significa dirigir o paciente. Atento ao lugar que deve ocupar no jogo da transferência, o analista coloca de fora seus sentimentos e situa-se melhor em sua falta-a-ser do que em seu ser, marcando uma divergência fundamental entre o exercício da psicanálise e outras condutas terapêuticas. É movido pelo seu próprio desejo que torna-se possível ao analista ocupar este lugar dito vazio e que serve suporte para o surgimento do sujeito.

A interpretação que a transferência permite na clínica com bebês e pequenas crianças exige, afinal, uma suposição de sujeito, pelo analista, antes que haja um. Para que isso seja possível, o desejo do analista se faz suporte dessa aposta imaginária que, de acordo com

Vorcaro (1999) “estica os signos em que a criança se atrela, até a produção de uma frase, de um dizer” (p.99). É exatamente o que a leva à hipótese de que o analista lê a manifestação da criança com o seu imaginário:

É com um texto imaginário que o analista veicula o simbólico, desabotoando os signos a que a criança está aderida, para fazer deles significantes. É com esse texto que ele calcula a interpretação, entendida como a extensão metonímica em que o analista implica a criança numa rede discursiva. O analista engaja-se na manifestação da criança, estendendo a produção significativa, contando com seu imaginário que: repete, em ato, a manifestação da criança; faz-se de endereço para a ação da criança, tomando-a como um ato subjetivo; reendereço-se à criança; produz uma condição de impossibilidade de reprodução que faz força para que a criança responda de outra maneira (Vorcaro, 1999, p.99).

A mesma autora não deixa de nos alertar, entretanto, para o fato de que o analista não pode ler a manifestação da criança a partir de seu empréstimo imaginário numa relação de correspondência biunívoca. Ao privilegiar a manifestação da criança, ele a insere em redes diversas; no caso dos bebês, antecipando e constituindo uma lógica que ainda não há (p.101). Trata-se, pelo analista, de, emprestando sua voz, assegurar o reconhecimento dessa manifestação, destacando-a como significativa e efetuando, assim, uma aposta, uma pressuposição de um saber, ainda que sem sujeito.

Ao localizar a criança entre a medicina e a psicanálise, Ansermet (2003) destaca que pela linguagem somos levados para além do organismo, além da natureza das determinações biológicas. Por este motivo, não convém nos situarmos em relação a uma lógica etiológica, mas sim na lógica da resposta que o sujeito dará diante do problema apresentado em seu organismo, tomando-o como um ser em sofrimento, e não como alguém que manifesta um defeito orgânico ou mental, segundo uma lógica da deficiência. Completa:

demonstrar uma base orgânica no autismo ou em qualquer outro distúrbio psíquico não esclarece o que o sujeito fará, qual o modo de resposta que inventará para o problema que lhe é imposto pelo desenvolvimento do organismo. Nesse plano, só há respostas singulares, e são essas que devem ser buscadas na clínica (p. 83).

Tomado como um deficiente a ser educado, paciente a ser adaptado às exigências sociais, o sujeito terminará tomado como um objeto da instituição, dominada pelo que Freud (1915/2017) chamou de “*furor sanandi*”, seja ele médico ou educativo. Associando a saúde ao conceito de normalidade, toda e qualquer anomalia ficará inevitavelmente associada à patologia e será considerada como uma variação biológica de valor negativo e, conseqüentemente, como algo que deve sofrer uma intervenção curativo-terapêutica (Caponi, 2009).

Campanário (2008) destaca que as contribuições da psicologia do desenvolvimento ajudaram, por exemplo, no meio médico, com o qual se faz necessário dialogar, na detecção precoce de quadros psicopatológicos graves. No entanto, ressalta que:

esta disciplina apresenta o risco de supor que a subjetivação de um bebê é consequência de um processo maturacional. O desenvolvimento de um bebê do ponto de vista da psicanálise – nos aspectos psicomotor, cognitivo e de aquisição da língua – não é um efeito do puro processo de maturação (que impõe certas condições orgânicas às aquisições), mas da articulação deste real orgânico à tela simbólica parental, dando lugar às antecipações imaginárias e funcionais que os pais colocam em cena para um bebê (p. 41).

Maleval (2017) atribui o constrangimento do humano numa abordagem contável e objetivante à uma lógica de mercado que se insinua com força no domínio da saúde. Lógica esta que converge com a ideologia científica, para esquecer que a eficácia da ciência só advém com o custo considerável de uma sutura da subjetividade. A isso, diz o autor, soma-se que “o discurso segregativo da ciência promove normas com relação às quais os desviantes são habitualmente mais estigmatizados do que considerados diferentes” (p. 31).

Nessa mesma linha de pensamento, Margareth Diniz (2008) nos lembra que o poder de significação conferido pela nomeação do sintoma médico e o poder de alienação proporcionado pelo signo da patologia produzem uma aderência descomunal do sujeito e, no caso das crianças, dos seus responsáveis a essa nomeação de doente, o que muitas vezes sela irremediavelmente um destino. Como efeito, temos instituições que tomam o sujeito como passivo, necessitado, dependente. Nossos esforços, movidos pela ética do desejo, devem apontar no sentido de possibilitar a emergência de um sujeito de palavras, nas suas mais variadas formas de dizê-las. Para isso, talvez tenha sido importante a promoção do diálogo com discursos que se afastam do horizonte da psicanálise, mas que incidem de forma massiva na subjetividade de pais e crianças. A elaboração de protocolos por psicanalistas e a sua transmissão por meio de treinamentos a profissionais sem essa formação nos parece, afinal, uma tentativa de interlocução, inserção nas discussões transdisciplinares. A partir de pesquisas como as dos grupos IRDI e PREAUT, fomos levados a nos perguntar se é possível operar a transmissão da psicanálise por essa via ou, pelo contrário, os protocolos, treinamentos de curta duração e as pesquisas quantitativas poriam em risco os fundamentos éticos da prática psicanalítica. Com a Lei 13.438 de Abril de 2017, mais ainda, tornou-se necessário discutirmos se a interlocução com outras disciplinas pode ou deve acontecer sob a forma de lei, supondo universalizáveis os critérios avaliativos possíveis à psicanálise e, principalmente, a lógica do inconsciente, cuja transmissão, longe de ser fácil,

depende também da experiência analítica de cada profissional que se autorize a realizar certo percurso, em que predomina não um saber, mas o *desejo de saber*.

No que tange à clínica que se volta aos primórdios da vida, especialmente, Vorcaro (2015) convoca a necessidade de questionarmos o reconhecimento e sistematização de “dados” psicopatológicos a partir da categorização das manifestações de bebês, tomando-as como definitivas, isoladas em signos estanques sem concatenação a uma lógica subjetiva mesmo que incipiente. Sem negar os discursos da ciência e da cultura, que determinam modalizações da vida por meio de investimentos na neutralização das supostas adversidades pré-concebidas, destaca a perspectiva psicanalítica de considera-las contingentes e condicionadas a seus efeitos, sempre singulares: “Assim, ao contrário da hipótese de que o sujeito se estabeleceria a partir de algum ideal de harmonia, considera-se que sua constituição é operada por meio da resposta aos impasses que o encurralam, obrigando-o a parir-se” (p. 120).

Da mesma forma, para Julieta Jerusalinsky (2015, p.106) é central que possamos considerar que o atendimento ao sofrimento psíquico de bebês e crianças pequenas exige que se deixe para trás uma concepção patologizante, centrada na doença como uma entidade já estabelecida em um momento da vida em que está em pleno jogo o processo de constituição; é preciso também que se saia de lógicas reducionistas que buscam causas unívocas, para que possamos adentrar na complexidade implicada na primeira infância como um momento de crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição psíquica – aspectos estes que incidem uns nos outros sem, no entanto, se equivalerem ou se superporem. De acordo com a autora, os critérios nosográficos mostram-se inaplicáveis aos primórdios da constituição, uma vez que antes de um bebê apresentar signos positivados de um quadro psicopatológico específico, como autismo ou depressão, o que comparece é o não-acontecimento de uma produção que seria de se esperar, etapa logicamente anterior. Retomando o tema do diagnóstico, Julieta Jerualinsky (2015) ressalta o perigo que envolve a pressa em fechar um diagnóstico, como se disso dependesse o início do tratamento, bem como o problema de uma conduta expectante, que aguardaria o diagnóstico para o encaminhamento para os serviços de referência. Para intervir com bebês e detectar sofrimento psíquico, em primeiro lugar, dirá que

é necessário conhecer os momentos lógicos implicados na constituição psíquica [em que incidem as operações de alienação e separação] e como os mesmos se dão a ver na produção do bebê, assim como as sequências de aquisições das áreas de linguagem, psicomotricidade e pensamento que são de se esperar ao longo da primeira infância (p. 110).

Com Vorcaro (2015), retornamos a nossa questão inicial a respeito de uma certa implicação do sujeito frente à qualquer fator que porventura venha a afetá-lo (interno, externo, orgânico, social etc.). Um dos maiores legados da psicanálise é mostrar como o sintoma se vincula intimamente com o sujeito, sendo um modo de defesa ou solução de compromisso que ele já encontrou para viver no mundo. Pensar em intervenções precoces exige, portanto, uma mudança de paradigmas e o deslocamento de um pensamento que privilegie aspectos nosológicos para outro que considere mais importante o sujeito e as condições em que advém, aliviando o sofrimento que determinadas formas de organização subjetiva ou produções sintomáticas podem comportar. Por isso, sugerimos que a expectativa de chegar “a tempo”, motor do trabalho daqueles que se dedicam à primeira infância quando referem-se à precocidade das intervenções, seja substituída pela intenção de intervir *a qualquer tempo* em que a criança nos convoque, marcando, como posição ético-política, a inclusão do sujeito em toda tentativa de intervenção, reconhecendo a posição subjetiva como determinante no processo de desenvolvimento. No que tange ao bebê, faz-se necessário um olhar voltado às condições subjetivas que favoreçam o laço familiar e, conseqüentemente, a possibilidade de surgimento de um sujeito de desejo. Nesse âmbito, o trabalho do analista é fundamental, pois, longe de considerar-se um agente neutro a serviço de protocolos anônimos, ele opera na transferência com vistas a manejar os afetos presentes na relação pais-bebês, essenciais para qualquer constituição subjetiva.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. & Elia, L. (2008). Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. In: *Revista Mal Estar e Subjetividade*. Vol.8, n.3, 779-802. Recuperado em 23 de outubro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482008000300010&lng=pt&tlng=pt
- Ansermet, F. (2003). *Clínica da Origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança. In O. Cirino (org) *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. (pp. 129-144). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Bergès, J. & Balbo, G. (2002). *Jogo de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC Editora.
- Bettelheim, B. (1967/1987). *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Birman, J. (1994). *Psicanálise, ciência e cultura*. Pensamento Freudiano,3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bonilha, P.; Grajeiro, G.P. (2016). Política Nacional de Atenção: contribuições a partir do Ministério da Saúde. In: *Avanços do Marco Legal da Primeira Infância*. (pp. 218-226). Brasília, DF: [s.n.]. Ed. CEDES.
- Brasil. (1990). Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Brasília, DF.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta da Criança. 10ª edição. Brasília, DF.
- Brasil. (2017a). Lei 13.438 de 26 de Abril de 2017. In: *Diário Oficial da União - Seção 1 - 27/4/2017, Página 2*. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-norma-pl.html>
- Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde. Posicionamento sobre proposição legislativa. Projeto de Lei do Senado No 451/2011. 10/04/2017. Brasília, DF.
- Campanário, I.S. (2008). *Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves*. Salvador: Ágalma.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*,19(2), 7.

- Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Catão, I. (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. 325-334). Brasília, DF: [s.n.]. Ed. CEDES.
- Catão, I. (2018). Detecção e intervenção a tempo em bebês em risco de autismo e seus pais: implementação de um projeto no SUSDF. In *Autismo: perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica*. Wanderley, D.; Catão, I.; Parlato-Oliveira, E. (Orgs). Cadernos PREAUT Brasil. São Paulo: Instituto Langage.
- Conanda. (2017). Nota pública de posicionamento da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente a respeito da Lei 13.438/2017. Recuperada em 30 de Novembro de 2018 de <http://www.direitodacrianca.gov.br/documentos/notas-publicas-dos-conanda/nota-publica-de-posicionamento-do-conanda-sobre-a-lei-no-13-438-2017/view>
- Coriat, E. (1997). *A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Diniz, M. (2008). Os equívocos da infância medicalizada. In: *Formação de profissionais e a criança-sujeito*. São Paulo. Disponível em www.proceedings.scielo.br/scielo
- Diniz, M. (2011). O método clínico e sua utilização na pesquisa. In: *Revista Espaço Acadêmico*, vol.10, n. 120. Recuperada em 23 de Outubro de 2017, de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13029>.
- DSM-5. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Elia, L. (2017). Sobre as motivações e consequências clínico políticas da Lei 13.438 de Maio de 2017. In *Made in Brasil – ciência, psiquiatria e justiça social* (site na internet). Disponível em <https://madinbrasil.org/2017/08/sobre-as-motivacoes-e-consequencias-clinico-politicas-da-lei-13-438-de-maio-de-2017/>
- Erlich, H. & Alberti, S. (2008). O sujeito entre psicanálise e ciência. In: *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2. (pp. 47-63). Recuperado em 23 de outubro de 2017, de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/327>
- Espírito Santo. (2017). Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à saúde da criança. Vitória. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>
- Fernandes, L.R. (2000). *O olhar do engano – autismo e Outro primordial*. São Paulo: Escuta.
- Fernandes, C.M. (2018). A psicanálise é uma prática de leitura: a clínica com o bebê é sua forma mais radical. In A.Vorcaro; A. Martins & L.Santos (orgs). *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica*. Coleção Psicanálise: Fazer e Dizer. Belo Horizonte: Artesã.

- Ferreira, A.B.H. (1986). Intervir; Intervenção. In *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ferreira, S.S. (2013). Trabalho apresentado na I Jornada Preaut Brasil – Eixo Recife (PE), em 28.09.2013, Fafire, Recife (PE). Recuperado em 29 de Outubro de 2018 de <http://ninar.com.br/wp-content/uploads/2013/11/preaut-i-jornada-o-que-e-a-pesquisa-preaut-recife-pe-28.-09-13-logo.pdf>
- Freud, S. (1893/2016). Estudos sobre a Histeria. In: *Obras Completas*, vol. 2. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1895/1996). Projeto para uma psicologia científica. In: *ESB*, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1896/1996). Carta 52 de Freud a Fliess. In: *ESB*, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905/2016). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: *Obras Completas*, vol. 6. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1905b/2017). O chiste e sua relação com o inconsciente. In: *Obras Completas*, vol. 7. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1908a/2015). Sobre as Teorias Sexuais Infantis. In: *Obras Completas*, vol. 8. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1908b/1996). Escritores criativos e devaneios. In: *EBS*, vol. 9. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2004). À Guisa de Introdução ao Narcisismo. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/2017). As pulsões e seus destinos. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (1917a/2014). Conferência 20: A vida sexual Humana. In: *Obras Completas*, vol. 13. (pp. 401-424). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1917b/2014). Conferência 21: O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: *Obras Completas*, vol. 13. (pp.424-450). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1917c/2014). Conferência 22: Considerações sobre o desenvolvimento e regressão. Etiologia. In: *Obras Completas*, vol. 13. (pp. 450-475). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1920/2006). Além do princípio do prazer. In: *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. 2. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923a/2011). A Organização genital infantil. In: *Obras Completas*, vol. 16. (pp. 168-175). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1923b/2011). O Eu e o Id. In: *Obras Completas*, vol. 16. (pp. 13-74). São Paulo: Companhia das Letras.

- Freud, S. (1925/2011). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: *Obras Completas*, vol. 16. (pp. 284-299) São Paulo: Companhia das Letras.
- Jerusalinsky, A. (1988). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica transdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Ed. Agalma.
- Jerusalinsky, J. (2014). *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador, BA. Ed. Agalma.
- Jerusalinsky, A. (2015). Tornar-se Sujeito é possível ou impossível para um autista? Quando e quem decide isto? In Jerusalinsky, A. (org). *Dossiê Autismo*. (pp. 22-51). São Paulo: Instituto Langage.
- Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográfico deve ser considerada. In M. Kamers, R. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência*. (pp. 103-116). São Paulo: Escuta.
- Katz, I. (2017). *Conversa aberta com Alfredo*. Comunicação pessoal no fórum aberto do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) em 12 de junho de 2017.
- Kupfer, M.C.M. et al. (2003). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(2), 7-25.
- Kupfer, M.C.M. et al. (2008). Roteiro para a Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos – AP3. In: Lerner, R. & Kupfer, M.C. (orgs.) *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. (pp. 137-147). São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M.C.M, et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. In: *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, v.6, n.1 (pp.48-68). São Paulo.
- Kupfer, M.C.M. et al. (2012). Metodologia IRDI: uma ação de prevenção na primeira infância. In Kupfer, M.C.M.; Bernardino, L.M.F. & Mariotto, R.M.M. (orgs). *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. (pp. 131-145). São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Kupfer, M.C.M. (2018). Palestra proferida no I Congresso Nacional Clínica de Bebês – Interdisciplinaridade e Subjetividade, em mesa sobre o tema: Educação, Cultura e Inclusão, em Agosto de 2018, promovido pelo CAIS, em Belo Horizonte, MG.
- Lacan, J. (1949/1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1953-54/2009). *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1954-55/1985). *O Seminário, livro 2: o Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lacan, J. (1955-56/1988). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1956-57/1995). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1957-58/1999). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e princípios do seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1960a/1998). Observação sobre o relatório de Daniel Lagache. In *Escritos* (pp. 653-703). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1960b/1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos* (pp.807-842). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1960-61/1992). *O Seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1962-63/2005). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964/2008). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969-70/1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969/1986). Duas notas sobre a criança. In *Revue du Champ freudien, n° 37* (pp.13-14), Traduzido por Durval Checchinato. Recuperada em 10 de Agosto de 2018, de <http://www.acpsicanalise.org.br/docs/duas-notas-sobre-crianca.pdf>
- Lacan, J. (1975). *Conferencia em Genebra sobre o sintoma*. Recuperada em 16/11/2017, de <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1065/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma.pdf>
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laznik, M.-C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In Wanderley, D. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. (pp. 35-51). Salvador: Agalma.
- Laznik, M.-C. (2004). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. (Wanderley, D.B, trad.). Salvador: Agalma.
- Laznik, M.-C. (2006). PréAut – Une recherche et une clinique du très précoce. Comment passer de ces bébés qui troublent leurs parents à des petits qui auraient plaisir à s’amuser avec eux. *Contraste*, 25, 53-81.
- Laznik, M.-C. (2011). *Rumo à fala: três crianças autistas em psicanálise*. (P. Abreu, trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Laznik, M.-C. (2013a). Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme. In G. Crespin (Ed.), *Cahiers de Préaut n°10 : La Voix. Des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique* (pp. 23-78). Toulouse : Erès.
- Laznik, M.-C. (2013b). A hora e a vez do bebê. São Paulo: Instituto Language.
- Laznik, M.-C. & Pelabon, C. (2017). Caso clínico de um bebê a risco de autismo: Leo e “la vraie vie”. In Parlato-Oliveira, E. & Cohen, D. (orgs). *O bebê e o Outro: seu entorno e suas interações*. (pp. 159-170). São Paulo: Instituto Language.
- Laznik, M.-C. (2018). A questão da importância do protocolo PREAUT. In Wanderley, D.; Catão, I.; Parlato-Oliveira, E. (orgs). *Autismo: perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica*. Cadernos Preaut Brasil. (pp. 19-27). São Paulo: Instituto Language.
- Lispector, C. (1998). *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Rocco.
- Lucero, A. (2015). *Relação de objeto e constituição subjetiva: considerações sobre o objeto a em Jacques Lacan*. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG. Belo Horizonte, MG.
- Lucero, A. & Vorcaro, A. (2018). Do Outro simbólico ao Outro real. In: A.Vorcaro; A. Martins & L.Santos (orgs). *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica*. Coleção Psicanálise: Fazer e Dizer. Belo Horizonte: Artesã.
- Maestro, S.; Casella, C.; Milone, A.; Muratori, F. & Palacio Espasa, F. (1999). Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*. 32,6, 292-300.
- Maleval, J.-C. (2017). *O autista e sua voz*. São Paulo: Blucher.
- Mannoni, M. (1964/1988). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mariotto, R.M. & Chorne, K. (2012). O Atendimento Clínico do laço mãe-bebê – relato de um caso. In M. C. Kupfer, L. Bernardino e R. M. Mariotto (Orgs.). *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. (pp. 227-242). São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Mariotto, R.M. & Pesaro, M.E. (2018). O Roteiro IRDI: sobre como incluir a ética da psicanálise nas políticas públicas. In *Estilos clin.*, São Paulo, v. 23, n. 1, jan./abr. 2018, 99-113.
- Mascarenhas, C. et al. (2017). Sobre a Lei 13.438, de 26 de Abril de 2017: Riscos e Desafios. In *Carta aberta publicada em Agosto de 2017*. Recuperada em 21 de novembro de 2018 de <http://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios/>
- Melman, C. (1985/2007). Questões da clínica psicanalítica. In *Clínica psicanalítica: artigos e conferências / Charles Melman* ; tradução, Leda Mariza Fischer Bernardino. - 2.ed. - (Discurso psicanalítico ; v.7). Salvador, BA : Ágalma : Ed. da UFBA.
- Neves, B. & Vorcaro, A. (2010). A intervenção do psicanalista na clínica com bebês: Rosine Lefort e o caso Nádia. In: *Estilos da Clínica*, 15(2), 380-399. Recuperado em 23 de outubro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000200007&lng=pt&tlng=pt

- Rabello, S. (2012). A serviço de que pode estar a detecção precoce do autismo? In: *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. Kupfer, M.C.; Bernardino, L.M.F.; Mariotto, R.M.M.M. (Orgs). (pp. 165-174). São Paulo: Escuta.
- Ramos, A.P.; Zimmermann, V.B. (2017). *Clínica com bebês com sinais de risco em saúde mental*. Conferência proferida em Abril de 2017 por ocasião do lançamento do livro *Inserção de crianças e adolescentes na cultura – caminhos possíveis*, recuperada em 21 de novembro de 2018 de http://www.verabzimmermann.com.br/bebes_risco_saude_mental.html
- Rohenkohl, C.M. (1999). O questionamento da prevenção em psicanálise e a possibilidade da antecipação como forma de uma intervenção analítica com profissionais de outras áreas. In *Estados Gerais da Psicanálise*. Disponível em <http://www.oocities.org/hotsprings/Villa/3170/Rohenkohl.html>
- Shonkoff, J.P. (2016). Investindo em ciência para fortalecer as bases da aprendizagem, do comportamento e da saúde ao longo da vida. In: *Avanços do Marco Legal da Primeira Infância*. (pp.91-104). Brasília, DF: [s.n.]. Ed. CEDES.
- Teixeira, M.R. (2016). Corpo, pulsão, gozo. In Seminário de Introdução à psicanálise. Apresentação do curso no Campo Psicanalítico de Salvador. Recuperado em 29 de Outubro de 2018 de <http://www.campopsicanalítico.com.br/media/1296/a-puls%C3%A3o-em-freud-e-lacan-introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica Psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp.
- Vivès, J.-M. (2009). Para introduzir a questão da pulsão invocante. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 329-341.
- Vorcaro, A. (1997). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. (2001). Incidência da matriz simbolizante no organismo: o advento da fala. In *Rev. Letras de hoje*, v.36, n.3. Porto Alegre. (pp.273-281). Recuperado em 11 de Setembro de 2018, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/issue/view/706>
- Vorcaro, A. (2002). Prefácio sobre o tempo, estímulo e estrutura. In Julieta Jerusalinsky. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês* (pp. 11-20). Salvador, BA: Agalma.
- Vorcaro, A. (2015) Paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças. In M. Kamers, R. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência*. (pp. 117-148). São Paulo: Escuta.
- Vorcaro, A. (2018). Transmissão e saber em psicanálise: (in)passes da clínica. In: *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. (pp. 41-61). Tânia Ferreira e Angela Vorcaro (orgs). Belo Horizonte: Autêntica.

- Vorcaro, A. (no prelo). Um refrão ausente que ressoa no corpo. In Burgareli, C. (org) *Padecer do Significante*. UFMG: Mercado das letras.
- Werneck, M.A.F.; Faria, H.P. & Campos, K.F.C. (2009). *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Núcleo de educação em saúde coletiva. Belo Horizonte: UFMG.
- Zimmermann, V.B. (2017). Encontros necessários para a constituição psíquica. In: *O bebê e o outro: seu entorno e suas interações*. (pp. 47-66). São Paulo: Instituto Langage.

ANEXOS

1. IRDI – Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil

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

Idade em meses:	Indicadores:	Eixos
0 a 4 meses incompletos:	<ol style="list-style-type: none"> 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:	<ol style="list-style-type: none"> 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:	<ol style="list-style-type: none"> 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
De 12 a 18 meses	<ol style="list-style-type: none"> 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

2. AP3: Avaliação Psicanalítica aos 3 Anos

I – O Brincar e a Fantasia	<p>I.1. Violência no brincar I.2. Ausência de enredo I.3. Inibição I.4. Inconstância I.5. Emergência de angústia ou medos durante o brincar I.6. Falta de iniciativa, passividade e falta de curiosidade I.7. Manipulação mecânica dos brinquedos (04) H I.8. Dificuldade de diferenciar fantasia de realidade, com excesso de fantasia H I.9. Pobreza simbólica I.10. Atividade ou movimentos repetitivos H I. 11. Recusa no Brincar I. 12. Ausência de faz-de-conta H</p>
II – O Corpo e sua Imagem	<p>II.1. Dificuldades no controle esfínteriano II.2. Agitação motora II.3. Atuações agressivas II.4. Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina II.5. Precisa do suporte de um semelhante II.6. Colagem no corpo da mãe II.7. Dificuldades alimentares: a. Alimentação seletiva b. Recusa de alimentação sólida H d. Dificuldade alimentar não especificada e. Obesidade f. Recusa do alimento II.8. Dificuldades motoras II.9. Dificuldade de separação II.10. Doenças de repetição (amidalite, otite, bronquiolite) II.11. Doenças Psicossomáticas (alergias, asma, dores inespecíficas) II.12. II.13. Exposição a perigos II.14. Demanda insistente do olhar do outro II.15. Passividade II.16. Falhas no reconhecimento de si no espelho II.17. Impossibilidade de suportar o olhar do outro H II.18. Preocupação excessiva com a sujeira II.19. Alterações do sono II.20. Autoagressão H II. 21. II. 22. Inibição diante do olhar do outro</p>

<p>III – Manifestação diante das normas e posição frente à lei</p>	<p>III.1. Birras prolongadas III.2. Criança tem que ser castigada para obedecer III.3. Confusão e angústia frente à lei III.4. Desobediência Desafiadora H Neurose III.5. Conhece os limites, mas não os respeita III.6. Recusa da presença do terceiro H III.7. Recusa do não H III.8. Submissão excessiva à lei H III.9. Indiferença às regras, limites e lei H III.10. III.11. Criação de medos substitutivos da lei H Neurose III.12. Negativismo III.13.</p>
<p>IV – A fala e a posição na linguagem</p>	<p>IV.1. Ausência de pronomes pessoais H IV.2 Repetição ecológica H IV.3. Troca de letras ou sílabas na fala IV.4. Fala infantilizada IV.5. Linguagem incompreensível com tentativa de interlocução IV.6. Linguagem incompreensível sem busca de interlocução H IV.7. Pobreza expressiva IV.8. Pobreza de vocabulário IV.9. Uso da terceira pessoa para referir-se a si mesmo H IV.10. Fala traduzida pelo cuidador IV.11. Inibição</p>

3. Questionário PREAUT

4º e 9º mês : 1ª parte do questionário

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
1) O bebê procura olhar para você ?		
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	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-conversaço)	Sim	2
	Não	0
SCORE TOTAL		

Si o score é superior a 3, não responda às questões 3 e 4.

4º e 9º mês : 2ª parte do questionário

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
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 jubilatória 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

4. QDC – Questionário do Desenvolvimento da Comunicação

Exame do desenvolvimento da comunicação 9-13meses		Date :			
		Resposta		Observado	
		Não	Sim	Não	Sim
1	É fácil ter um contato olho a olho com a criança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	c Pode-se facilmente descobrir o que a criança sente através da expressão do seu rosto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A criança pega um objeto ou um brinquedo que lhe é oferecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	A criança sorri para sua mãe ou para outras pessoas? ("sorriso-resposta")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	A criança reage quando falam com ela; por exemplo, olhando, escutando, sorrindo ou balbuciando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Durante o exame, a gestualidade, as reações posturais (adaptação de seu corpo ao colo do adulto), lhe pareceram adaptadas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. M-CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)

A Perguntas aos pais Sua criança:		Não	Sim
1.	Tem prazer quando é balançada ou quando brinca de cavalinho no colo de um adulto?		
2.	Interessa-se às outras crianças?		
3.	Gosta de escalar? Subir escadas?		
4.	Tem prazer em brincar de esconder ou em procurar um objeto?	1	2
5.	Já brincou de fazer comidinha: por ex. Fazer de conta que serve café, usando utensílios, ou outra brincadeira de "fazer de conta"?		
6.	Já utilizou o indicador ou estendeu a mão para pedir alguma coisa?		
7.	Já apontou com o indicador para mostrar seu interesse por alguma coisa?		
8.	Brinca de maneira adaptada com brinquedinhos (carrinhos, cubos) sem se contentar em colocá-los na boca, manipulá-los ou jogá-los?		
9.	Já trouxe a você objetos ou brinquedos para mostrá-los?		

B Perguntas aos profissionais		Não	Sim
10	A criança teve um contato pelo olhar com você?	3	4
11	Atraia a atenção da criança, aponte para o outro lado da sala em direção a um objeto interessante e diga : "OH, olha". Olhe para o rosto da criança. A criança olha para ver o que você está designando ?		
12	Atraia a criança, dê a ela uma panelinha e diga a ela: "você pode fazer um café ?" A criança faz de conta que serve o café, que bebe, etc ?		
13	Diga à criança "onde está a luz ?" ou "me mostre a luz". A criança aponta o indicador para a luz?		
14	A criança é capaz de fazer uma torre com cubos? (número de cubos:)		

Complementos

		Resposta		Observado	
		Não	Sim	Não	Sim
1°.	Pode-se facilmente descobrir o que ela sente pela sua expressão				
2°.	Estende os braços quando alguém se propõe a pegá-la no colo				
3°.	Interessa-se ou aceita os objetos ou os brinquedos que lhe são apresentados				
4°.	Mostra interesse por outras crianças ou adultos				
5°.	Responde quando é chamado pelo nome				
6°.	Procura se reconfortar junto a pessoas familiares quando se machuca*				
7°.	Utiliza gestos, sons, ou palavras para atrair a atenção dos outros*				
8°.	Dá "tchau", ou faz "não" com a cabeça, ou manda beijos				
9°.	Ausência de movimentos repetitivos – fora no adormecimento				