



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



**Germano Almeida Faria Fortunato Pereira**

**O Rastro do sujeito do inconsciente pelos Indicadores Clínicos de  
Risco para o Desenvolvimento Infantil**

**UBERLÂNDIA  
2016**

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pgpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pgpsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pgpsi.ufu.br>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



**Germano Almeida Faria Fortunato Pereira**

**O Rastro do sujeito do inconsciente pelos Indicadores Clínicos de  
Risco para o Desenvolvimento Infantil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado –, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Professor Doutor João Luiz Leitão Paravidini

**UBERLÂNDIA  
2016**

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pgpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pgpsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pgpsi.ufu.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

P436r  
2016      Pereira, Germano Almeida Faria Fortunato, 1988  
            O rastro do sujeito do inconsciente pelos Indicadores Clínicos de  
            Risco para o Desenvolvimento Infantil [recurso eletrônico] / Germano  
            Almeida Faria Fortunato Pereira. - 2016.

            Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.  
            Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
            Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
            Modo de acesso: Internet.  
            Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.821>  
            Inclui bibliografia.  
            Inclui ilustrações.

            1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Infância. 4. Psicologia infantil. I.  
            Paravidini, João Luiz Leitão, (Orient.) II. Universidade Federal de  
            Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

---

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



## **Germano Almeida Faria Fortunato Pereira**

### **O Rastro do sujeito do inconsciente pelos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado –, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Professor Doutor João Luiz Leitão Paravidini

#### **Banca Examinadora**

Uberlândia, 07 de outubro de 2016.

---

Prof. Dr. (Orientador) João Luiz Leitão Paravidini PGPSI  
- Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. (Examinador) Ernesto Sérgio Bertoldo  
ILEEL - Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Profa. Dra. (Examinadora) Elzilaine Domingues Mendes  
Depto. de Psicologia - Universidade Federal de Goiás – Catalão, GO

---

Profa. Dra. (Examinadora Suplente) Cirlana Rodrigues de Souza  
Rede de Saúde Mental do Município de Uberlândia, MG

**UBERLÂNDIA  
2016**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**REGISTRO DE EXAME DE DEFESA**

Data: 07/10/2016      Hora: 14:00      Sala: \_\_\_\_\_

Aluno: Germano Almeida Faria Fortunato Pereira

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

Membros da Banca Examinadora:

Prof. Dr. (Orientador) João Luiz Leitão Paravidini

Prof. Dr. (Examinador) Ernesto Sérgio Bertoldo

Profa. Dra. (Examinadora) Elzilaine Domingues Mendes

Profa. Dra. (Examinadora Suplente) Cirlana Rodrigues de Souza

O Aluno foi: ☐ Aprovado ☐ Reprovado

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. (Orientador) João Luiz Leitão Paravidini

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. (Examinador) Ernesto Sérgio Bertoldo

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. (Examinadora) Elzilaine Domingues Mendes

\_\_\_\_\_  
Germano Almeida Faria Fortunato Pereira

***Para 'dona' Guilhermina, que via para além da luz e apostava num outro tempo e em outros valores para as pessoas na vida.***

## AGRADECIMENTOS

Ao redor de mim e da minha pesquisa, havia afeto e apoio em lugares seguros, verdadeiros. Acoradours de ternura e compreensão, impaciência e cobrança da melhor natureza, daquela que nos puxa para a vida, na aposta de sermos alguma coisa a mais. Por essa presença, obrigado, minha mãe, Marcia, e minhas tias, Milene e Luciana. Vocês me apoiam com suas presenças e seu suporte.

Obrigado, Giovana, por questionar. Questionar-me, questionar-se, preocupar-se em entender o que era qualificação e defesa, por estranhar o fato de se ter que escrever mais de 80 páginas, por ser companheira nas brigas, nas broncas, nas verdades que precisam ser ditas, nas sinceridades e no riso frouxo, nos jogos e nas músicas, nas confissões e nas comilanças. Estar com você proporcionou momentos de alívio durante este percurso.

Agradeço ao professor Ernesto e à professora Elzilaine pelas leituras e contribuições.

Através de mim, ressoam vozes que permeiam meu trabalho clínico e de pesquisa em psicanálise. É por via delas que um pouco de mim pode ser ouvido. Obrigado por marcar, em mim, uma leitura apaixonada, Joyce (*in memoriam*). Obrigado por apostar, em mim, uma escuta clínica psicanalítica possível, Aline. Obrigado por apontar um estilo na letra que escreve a minha formação, Cirlana.

Alguns amigos e companheiros de formação estiveram juntos aos meus barulhos; não só reconheciam o caráter do meu percurso, mas também organizavam um lugar de endereçamento sem pretensões de auxílio. Obrigado pela presença, Marcos Charles e seu nome invertido; Alessandra e seu olhar pragmático e cuidadoso; Larissa e seus oferecimentos; Débora e sua postura de bailarina; Fernanda e as bugigangas da “feirinha shopping”; Lêah e nosso espaço compartilhado na realidade, no coração e nos truos. Por nosso impossível encontro, de amor e de morte, agradeço a você, Bárbara, por fazer aparecer meu estranho familiar em tantos momentos e, n'outros, poder apenas sorrir.

Aos frequentadores do espaço a Pathos, aos membros do GELP, aos membros do grupo da pós, aos colegas do CAPS, meu muito obrigado.

Aos pacientes sujos e aos pacientes limpos, um obrigado vigoroso por mostrarem as limitações da separação que nos tolhe, a loucura de nós e suas particulares diferenças radicais.

Aos amigos que tiveram, de perto e de longe, paciência quando eu não pude encontrá-los, que suportaram meus piores e melhores momentos nos últimos anos, que me ofereceram lugar de choro e riso, de piada e de conselho, de silêncio compartilhado e de teorias sem necessidade de comprovação científica: obrigado, Carol, Thiago, Rodrigo, Marcelo, Lívia, Mabel, Suzanne, Simone, Sarah, Lisneide, Pablo e Guga.

Pela metáfora do mestrado enquanto brigadeiro, orientador como fogo e mestrando como colher; pela presença que me chama à contemplação e arrebatada por nossas loucuras compartilhadas; pela aposta de que ainda há mais no dia a dia, obrigado, Gabriel.



## RESUMO

Esta dissertação aborda, como objeto, a constituição do sujeito, embasada na teoria psicanalítica pós-laciana, em especial por meio dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). A partir daí, discuto as formas como os indicadores lidam com os pontos de impasse advindos do desenvolvimento psíquico. Reflito, também, acerca das tensões (1) entre o método clínico e o método experimental; (2) entre sujeito do inconsciente e subjetividade e; (3) entre o saber decantado da clínica psicanalítica e da saúde mental quanto ao cuidado com crianças. Nesta pesquisa, o objetivo foi refletir acerca das produções acadêmicas existentes sobre os Indicadores de Risco e os rastros do sujeito do inconsciente nos IRDI. A hipótese norteadora disserta a respeito do rastro que só é possível naquilo que o sujeito do inconsciente impõe, de si, no campo da representação – ou seja, no semidito, na meia-verdade –, tolhendo qualquer objetivo de completude ou de juízo nos aspectos metodológicos dos Indicadores. Foram abarcadas, na fundamentação teórica, as noções de detecção de risco, intervenção precoce, primeira infância, crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição do sujeito pertinentes à construção dos IRDI e sua relevância nos trabalhos acadêmicos que lhe rendem referência. Com relação aos eixos de constituição, esta investigação fundamentou-se na suposição do sujeito, no estabelecimento de demanda, na alternância entre presença e ausência e na função paterna. Foi possível perceber diversos movimentos frente às tensões problematizadas, alguns no sentido de tamponar a diferença entre os diversos campos de saberes, outros no sentido de escancará-los a uma prática. Entendo que é possível bordear os rastros do sujeito como proposto neste trabalho, mesmo nos movimentos de tamponamento. Para a fundamentação teórica, foram imprescindíveis estudos de Jacques Lacan, Julieta Jerusalinsky e Ângela Vorcaro.

**Palavras-chave:** Psicanálise, Constituição do sujeito, Primeira Infância, Sofrimento Psíquico.

## **ABSTRACT**

This dissertation addresses the subject's constitution, as stated in the post-Lacanian psychoanalytic theory, particularly through an instrument known as Clinical Risk Indicators in Child development (CDRI). This instrument was created based on the theory of the subject's constitution. The clinical index was created to indicate some issues that may occur in the subject constitution's process. At first, we researched some of the main theoretical concepts that are important to the instrument; from that point, it was possible to discuss some tensions between the index and its theory, specially after analyzing some responses from the index application. Three are the tensions: (1) the relation between the clinical method and the experimental one; (2) between the unconscious' subject and subjectivity and (3) between the knowledge emerged from the clinical experience with children and the mental health field. Therefore, the main aim of this dissertation is to find traces of the unconscious' subject within four papers by authors after them having used the instrument's index. The hypothesis I pursue stands that this trace is only possible through the subject's representation process, semi-spoken, half-truth, guiding the methodology and escaping from an ideal of completeness. In order to make the research possible, some theoretical notions were outlined, such as: detection of risks, early intervention, early childhood, growth, maturation, development and constitution of the subject. These notions were relevant to the development of the risk index and gained relevance in some academic works. Regarding the index of the subject's constitution, this research powerfully considers: the assumption of the subject, the establishment of the setting, interchange between presence and absence and the paternal function. It was possible to realize, at the end, that even when the results cover the traces of the unconscious' subject, it's still possible to work with these traces in an open wide way. For the theoretical foundation, Jacques Lacan's contributions were essential, as well as the ones from Julieta Jerusalinsky and Ângela Vorcaro.

**Key-words:** Psychoanalysis, Subject's Constitution, Early Childhood, Psychic Suffering.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	12
CAPÍTULO 1. PERCURSO, ENTRADA E POSIÇÃO NO CAMPO TEÓRICO E AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS .....	19
1.1 Sobre as Escolhas Metodológicas Quando o Objeto é a Constituição do Sujeito ...	27
CAPÍTULO 2. O TRABALHO DE CONSTITUIÇÃO DOS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	33
2.1 A História da Pesquisa Multicêntrica .....	42
2.2 Estrutura, Constituição e Instrumento: Os IRDI como Pretexto Imaginário para uma Produção Narrativa .....	47
2.2.1 Os Indicadores e os Eixos Teóricos .....	53
2.2.2 Risco para o Desenvolvimento e Risco para a Constituição Subjetiva.....	58
CAPÍTULO 3. O SUJEITO DO INCONSCIENTE PELOS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL .....	62
3.1 Constituição do Sujeito no Trançamento entre Real, Simbólico e Imaginário .....	65
3.2 Constituição do Sujeito na Escansão Temporal.....	76
CAPÍTULO 4. TENSÕES PRODUTIVAS: OS IRDI COMO RESPOSTA .....	93
4.1 Método Clínico e o Método Experimental.....	94
4.2 Sujeito do Inconsciente e a Subjetividade .....	101
4.3 Psicanálise com Bebês e a Saúde Mental. ....	106
CAPÍTULO 5. O RASTRO DO SUJEITO DO INCONSCIENTE PELOS TEXTOS QUE UTILIZAM OS IRDI .....	117
5.1 “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” .....	120
5.2 “O Laço Subjetivante na Relação Educador-Bebê ou a Surpresa como Dimensão Ética” .....	122
5.3 “Adaptação do Instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil para Questionário Retrospectivo para Pais” .....	125
5.4 “Análise da Relação entre Depressão Materna e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” .....	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	138
ANEXOS .....	142
Anexo A – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)...	142
Anexo B – Indicadores de Risco específicos para sofrimento psíquico (IRDI-18).....	143

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata do meu percurso de investigação acerca da constituição do sujeito e do modo como essa questão é elaborada nos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (doravante, IRDI), o que constitui o objetivo principal da minha pesquisa. Para tal, dialogo, também, ao longo do trabalho, com as tensões para as quais os IRDI apontam saídas, os modos de lidar com tais pontos de impasse e seus eixos teóricos depurados a partir da prática clínica psicanalítica com bebês.

Considero que o campo de pesquisa em que me inscrevo, ao propor este trabalho, é o da clínica psicanalítica com bebês. Parto, então, da premissa de que há uma prática de cuidado com estes e que essa prática precisa ser investigada em toda a sua complexidade.

Segundo Bernardino e Mascarenhas (2002):

...a clínica com bebês e crianças pequenas vem recebendo uma atenção especial nos últimos tempos. Nunca se debateu tanto o tema da prevenção como neste momento. Começa-se a pensar em formas de intervenção cada vez mais precoces na área de saúde mental. (pp. 9-11)

Esse posicionamento é notado, também, em produções contemporâneas à das autoras supracitadas, como as de Julieta Jerusalinsky (2002) e João Luiz Leitão Paravidini (2002). O cenário de interesse pela infância, em especial a primeira infância, permanece, nos dias atuais, um campo de tensão em que, por vezes, corre-se o risco de tolher o processo de constituição do bebê nos diversos saberes que o abordam. Atualmente, na via contrária à de rateio das partes de um bebê, a detecção de risco é uma ideia que vem se tornando comum; diante disso, esse termo será, aqui, explorado.

Julieta Jerusalinsky (2002) propõe que “as práticas interdisciplinares” atuem no favorecimento da detecção de sinais em bebês e pequenas crianças, apontando riscos em seu desenvolvimento e constituição. Essa autora também ressalta:

...à medida que clínicos especialistas em estimulação precoce passaram a intervir no âmbito da saúde – junto a pediatras, enfermeiros, neonatologistas e obstetras – e no

âmbito da educação – junto a professores e psicopedagogos, ao realizar o trabalho de inclusão ou acompanhamento de crianças pequenas com problemas de desenvolvimento no ensino –, foi possível ir inscrevendo a importância clínica de, diante de um problema do desenvolvimento ou de constituição psíquica, não deixar o tempo passar para intervir. (pp. 24-25)

Em 2002, ainda não havia diretriz governamental específica para o cuidado com a primeira infância. Já no ano de 2016, foi publicado Marco Legal pela Primeira Infância (2016), que dá destaque ao cuidado prioritário e integral para a faixa etária dos zero aos seis anos de idade. Porém, é preciso ir além do que consta na legislação. Assim, fazendo coro com Julieta Jerusalinsky, é necessário fazer circular, “nos lugares onde os bebês são normalmente acompanhados (em creches e serviços de pediatria [hoje representados pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Tratamento Intensivo neonatais, escolas, maternidades hospitalares, Núcleos de Apoio à Saúde da Família]), alguns conhecimentos clínico-teóricos fundamentais para a detecção precoce de problemas de constituição psíquica e desenvolvimento” (2002, p. 26). A existência de uma lei específica não garante, por si só, o cuidado, de modo que é preciso ir em frente e dialogar para articular sua regulamentação e sua efetiva implementação nas redes de cuidado prestado à primeira infância.

É importante ressaltar, ainda, que, como afirma J. Jerusalinsky (2015), é possível identificar, com base na retomada das narrativas dos cuidadores, anúncios prévios de muitos quadros psicopatológicos cristalizados após os três anos de idade. Nesse sentido, considero, em conformidade com a autora, que:

...torna-se decisivo que os profissionais do âmbito da saúde, que realizam acompanhamento do desenvolvimento, e da educação, que trabalham em creches, possam ter acesso aos critérios que permitem detectar sofrimento psíquico em um tempo em que a intervenção possibilita que certos quadros não se fechem de modo patológico. (J. Jerusalinsky, 2015, pp. 103-105)

J. Jerusalinsky (2015) destaca, além disso, os mais de quarenta anos de produções teóricas psicanalíticas que contribuíram e contribuem com a prática com bebês, permitindo a produção de critérios para a detecção de risco e ressaltando as diferenças entre um adulto e uma criança

em termos de desenvolvimento e constituição psíquica. Nessa direção, a autora identifica o que se faz essencial à prática da detecção de risco, a saber: um olhar para além do que é da ordem orgânica – isso implica notar que o bebê precisa se tornar alguém apropriando-se de um corpo que entra em relação com o que o precede.

É essencial, também, ainda conforme J. Jerusalinsky (2015), uma formação a respeito das operações básicas e complexas de constituição psíquica, que dê condições para que os profissionais não se pautem exclusivamente em diagnósticos psicopatológicos ou em renúncias frente ao sofrimento, a exemplo do que se percebe em afirmações como: “Ih! Esse não vai aprender nada, mesmo... É TDAH!” ou “Ainda não fala com um ano e meio? Vamos esperar, porque o tempo resolve isso”. Tais assertivas, além de nos colocarem alheios ao que podemos operar no tempo da constituição, encobrem o que há de mais peculiar na produção daquele bebê em seu contato com o mundo que o rodeia.

É imprescindível, ademais, para a detecção de riscos, segundo J. Jerusalinsky (2015), uma posição de abertura frente ao tempo da infância como possibilidade de inscrições diversas, incluindo os aspectos psíquicos, genéticos e neurológicos. Por fim, é necessária uma convocação dos diversos profissionais, junto aos cuidadores, frente à tarefa de constituir um humano, posto que o alguém que se instalará neste organismo é parte de uma construção.

Ao mesmo tempo, é necessário não atrelar o dispositivo clínico com bebês ao discurso social de adequação e cumprimento de tarefas, que J. Jerusalinsky (2002, p.22) chama de “inserção social calcada na corrida do triunfo individual”. Segundo essa autora:

...o laço pais-filhos está permeado pelo sintoma social de cada época. E, como na nossa, a promessa do quando você crescer... fica conjugada à ameaça de um não há lugar para todos, parece não haver tempo a perder na preparação de um bebê...” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 22)

Em contraposição a isso, a clínica com bebês, para a teórica, “ocorre a partir do ponto em que os ideais sobre a maternidade, a paternidade e a primeira infância encontram um fracasso

em sua realização” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 23). Nesse sentido, destaco que a detecção de risco está atrelada teoricamente à aposta da clínica com bebês, como discuto nos próximos capítulos desta dissertação, sendo preciso considerar, ainda com Julieta Jerusalinsky (2002, p. 23), que “o trabalho clínico [...] opera pela escuta, sustentação e intervenção dos interrogantes pelos quais cada pai e mãe ficam singularmente implicados com seu filho.”.

Vemos, por exemplo, como destacado anteriormente, um número significativo de relatos clínicos com famílias de crianças em idade escolar (ensino infantil, aos três anos; ensino fundamental, aos seis anos) que apresentavam quadros psicopatológicos graves (fobias, psicoses, autismos, depressões, inibições, comprometimento no brincar, linguagem, domínio psicomotor, exploração de objetos e relação com os outros), nos quais a reconstrução narrativa dos primeiros anos de vida da criança indicou a presença de sinais que apontavam para o desfecho em questão, conforme atesta o trabalho da referida autora. Com isso, notamos que solicitar que relatem uma história pode gerar efeitos de deslocamento importantes nesse processo de constituição – uma espécie de retomada do vivido pela palavra dos cuidadores. Tem-se, desse modo, a detecção de risco como parte de um ato de intervenção, de cuidado, de “escuta e sustentação”, como coloca Jerusalinsky no trecho transcrito acima. Nesse sentido, considero que a detecção precoce pode ser uma maneira de intervir nessas narrativas dos cuidadores.

Outro elemento importante para esta pesquisa é a consideração de que há sofrimento psíquico passível de escuta/leitura já em tenra idade, o que nos leva à tentativa de ouvir/ler a posição desse pequeno no mundo que o rodeia. Esse sofrimento pode ou não estar atrelado a uma questão orgânica de base (neurológica, fisiológica, genética), o que não nos furta a uma aposta de constituição psíquica, já que não se trata, aqui, de inscrever uma dimensão patológica de antemão, mas de conseguir acompanhar a maneira como se inscreve a implicação dos pais na vida de um bebê, e deste próprio nessa relação.

Com base nessas considerações iniciais, este trabalho seguirá questões que apareceram durante o meu percurso de pesquisa.

No *Capítulo 1, Percurso, entrada e posição no campo teórico e as escolhas metodológicas*, apresento meu percurso de pesquisa e minhas escolhas metodológicas que atravessaram esse percurso.

No *Capítulo 2, O trabalho de constituição dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*, situo o trabalho de constituição dos IRDI, a história da pesquisa multicêntrica, sua estrutura e sua aparência, os eixos que a sustentam e as aberturas pelas quais a percepção de integralidade do processo (imaginário) dá margem a marcações simbólicas de implicação parental na montagem de um aparelho psíquico no organismo do bebê. Além disso, pontuo, nesse capítulo, as diferenças entre crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição psíquica. Para tanto, trabalho com os autores que fizeram parte da criação dos IRDI: Maria Eugênia Pesaro, Maria Cristina Machado Kupfer, Leda Mariza Fischer Bernardino, Rosa Maria Marini Mariotto e Rogério Lerner.

No *Capítulo 3, O sujeito do inconsciente pelos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*, acompanho e defino, como objeto de estudo, a constituição do sujeito que permeia os indicadores. Parto de duas elaborações teóricas que trabalharam – uma delas – com o aspecto topológico das escansões constitutivas e – a outra – com o aspecto temporal dessa constituição. Essas leituras teóricas da constituição do sujeito partem da clínica psicanalítica com crianças, das autoras brasileiras Ângela Vorcaro e Julieta Jerusalinsky.

No *Capítulo 4, Tensões produtivas: os IRDI como resposta*, abordo as tensões que deixam o pesquisador em uma espécie de beco e convocam sua resposta. A hipótese, aqui, é a de que os indicadores apontam para modos de lidar com tais pontos de tensão. No presente trabalho, discuto três desses pontos, a saber: Método Clínico e Método Experimental; Sujeito do



inconsciente e Subjetividade; e Psicanálise com bebês e Saúde Mental. O trabalho desse capítulo foi feito com base nas contribuições de Christian Ingo Lenz Dunker, Erik Porge, Fuad Kyrillos Neto e alguns textos publicados pelo Ministério da Saúde.

No *Capítulo 5, O rastro do sujeito do inconsciente pelos textos que utilizam os IRDI*, abro a discussão com os textos que tratam dos indicadores de risco a partir dos elementos de sustentação até então trabalhados. Trata-se do momento em que me debruço sobre essas produções para buscar o rastro do sujeito: há algo nesses trabalhos que nos dê notícias do sujeito em constituição, que sirva como representações desse sujeito?

Em seguida, no *Capítulo 6*, parto para as considerações finais e para as perguntas que esta pesquisa suscitou. Trago, também, como Anexos, os IRDI.

## **CAPÍTULO 1 - PERCURSO, ENTRADA E POSIÇÃO NO CAMPO TEÓRICO E AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS**

O caminho percorrido e as escolhas metodológicas de pesquisa são indissociáveis. Sem o meu percurso e as viradas de posição nesse caminhar, não seria possível qualquer escolha metodológica.

Certa vez, um professor exclamou, em tom exacerbado, durante uma aula do curso de graduação em psicologia, na Universidade Federal de Uberlândia (doravante, UFU): “Não se faz pesquisa sem um referencial teórico que a suporte”. Pelo jogo discursivo ali estabelecido, por meio de pequenos gracejos e sugestões irônicas, estava sinalizado seu preconceito frente às pesquisas que fossem produzidas com base no suporte teórico da psicanálise. Na condição de aluno, tomado pela sugestão, desenvolvi um forte preconceito de que, se é que era possível pensar em uma pesquisa psicanalítica, ela não se misturaria com outros modos de construção do saber.

Durante largo tempo, abordei essa questão com a crença preconceituosa de que a noção de inconsciente tratava-se de algo relacionado apenas ao não sabido conscientemente, e, então, não havia necessidade de cotejar a teoria do inconsciente com o pensar racional. Considerava – de forma equivocada – essa positividade como um registro de encontro do dado de realidade e rigidez metodológica, relacionada exclusivamente com o que é acessível pela consciência.

Outro elemento marcante, no início do percurso para a execução desta pesquisa, foi saber, durante a graduação em psicologia, sobre a prática de um professor que trabalhava na clínica psicanalítica com bebês. O impacto causado, ali, levou-me a questionar: de que modo um psicólogo poderia trabalhar com um bebê?

A despeito disso, ainda na graduação, começou meu envolvimento com grupos de estudo e estágios que tinham a criança e sua linguagem na clínica psicanalítica como eixo condutor de

trabalho. Tanto por meio de leituras teóricas quanto em prática clínica, então, tive a chance de pensar e estar no lugar de clínico com crianças.

Concluída a graduação, fui convidado a trabalhar com um grupo de pesquisa e extensão da UFU chamado Psicanálise e Saúde Mental Infantil. Esse grupo, na época, tinha planos de implantar o uso dos IRDI, que serão apresentados mais adiante de maneira pormenorizada, na Rede de Saúde Pública do Município de Uberlândia, Minas Gerais, dentro do Programa de Ações em Saúde Mental. A entrada nesse grupo possibilitou-me a escrita de um projeto de pesquisa discutindo as possibilidades e os impasses que fariam parte desse processo de implantação.

Assim, minha primeira proposta de pesquisa para o mestrado apresentava, como objetivos, “estabelecer as possibilidades e impasses na implantação dos IRDI na Rede de Atenção Primária<sup>1</sup> de Uberlândia, acompanhando esse processo junto à equipe executora” e,

de modo específico, identificar o discurso dos profissionais de saúde sobre a criança e o seu desenvolvimento psíquico, além do modo como esse discurso influencia na tomada dos IRDI como instrumentos de trabalho e, também, como o estudo e o treinamento para aplicação e validação do instrumento podem transformar esse discurso inicial (Pereira, 2014, p. 5).

Foi previsto que o trabalho ocorresse com base na metodologia qualitativa, a partir de dados colhidos no decorrer da formação dos profissionais da rede mencionada.

Já nesse primeiro tempo do trabalho, apesar da aparente consistência do trajeto que seria percorrido, crescia o incômodo com o delineamento qualitativo escolhido e com a própria posição de saber que uma análise qualitativa das falas dos profissionais acerca da infância impunha. O incômodo em questão era produzido por minha posição rígida enquanto pesquisador e leitor da teoria psicanalítica.

---

<sup>1</sup> Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012, p. 19-22), os termos “atenção básica” e “Atenção Primária a Saúde” são equivalentes e são caracterizadas “(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. É importante ressaltar que, de modo geral, a Atenção Primária se situa junto à comunidade.

A rigidez não possibilitou que eu movimentasse a questão de trabalho, ao passo que um rigor ético foi exigência sem a qual seria impossível prosseguir. Por exemplo, a posição, suposta, por mim, como dicotômica, entre leitura da teoria psicanalítica e prática da psicanálise precisou ser enfrentada, posto que ocupar a função de analista numa pesquisa equivale a assumir um rigor ético que se pauta na incompletude, na impossibilidade de complementariedade e na radicalidade da diferença. Desse modo, tal rigor ético figurou como possibilidade alternativa ao enrijecimento teórico e metodológico com que me deparava anteriormente.

Além disso, eu entendia, erroneamente, que formar os profissionais da rede significava supor que eles não possuíam conhecimento acerca da constituição do sujeito e dos processos de cuidado nos quais eram atores fundamentais. Por vezes, os acadêmicos, na posição de pesquisadores vinculados à universidade, equivocam-se na relação vertical que supõem entre o conhecimento que produzem e a prática daqueles que atuam na área. Essa posição vertical precisa, no entanto, ser vertida em uma transversalidade, e não apenas pensada em termos de horizontalidade, já que não se trata de desmerecer o trabalho acadêmico, mas de fazê-lo circular. Acredito que os IRDI são marcados por essa aposta, de fazer circular um conhecimento sobre o sofrimento psíquico dos bebês, que os *experts* no tema trabalharam, em um lugar onde esse saber interessa para quem cuida desses pequenos, considerando, de forma radical, que tal saber pode ser transformado por esses agentes do cuidado.

Tais desconfortos, juntos àquele direcionado à ideia de que não era possível fazer dialogar a teoria psicanalítica com o método experimental, e de que os Indicadores eram fruto dessa junção – como se os IRDI fossem o mero apagamento ou tamponamento das tensões que lhe dão contorno –, tornou necessário que eu percorresse um caminho de encontros e desencontros com esse anteprojeto e verificasse outras saídas possíveis. Esse incômodo

precisou ser instrumentalizado pela transferência com os textos fundadores dos Indicadores de Risco.

No meu retorno ao anteprojeto, foi preciso questionar-me acerca da minha implicação com todo o delineamento descrito acima, em especial no que diz respeito ao objeto de pesquisa e à maneira como eu estabelecia uma entrada singular no encontro com o tema em questão. Somou-se, a isso, o fato de que o projeto de implantação do grupo junto à prefeitura foi finalizado e a equipe seguiu com outros trabalhos e articulações. Desse modo, a nova questão para o projeto de mestrado que surgiria não estava mais inserida em um projeto maior de pesquisa e extensão.

Nesse momento, permanecia o meu interesse nos IRDI e na forma particular como eles faziam referência à teoria psicanalítica sobre a constituição do sujeito, de maneira que decidi perseguir meu interesse. A questão enunciada a partir dessa retomada era: por que chamar os IRDI de instrumento e por que razão outros métodos (o clínico e o experimental) foram escolhidos para constituí-los? Essa indagação encontrou terreno fértil para ser desdobrada e discutida, derrubada e reconstruída de várias formas. Tais reconstruções foram possíveis pois ocorreram de acordo com o contato com a pesquisa que deu origem aos IRDI, sua demanda e história de criação, com a estrutura de sua pesquisa e a posição de seus autores e dos autores que os sustentam teoricamente.

Foram importantes, ainda, nesse processo, o aprendizado advindo das discussões diversas que um trabalho dessa magnitude comporta em termos de diálogo, provocações e dos diversos usos do instrumento no âmbito acadêmico e político. A exemplo dessas possibilidades, destaco o modo particular com que os autores do instrumento em questão colocam elementos diferentes em diálogo, como crescimento, maturação, desenvolvimento e a constituição do sujeito do inconsciente, relacionando-os com o que o bebê produz na interação com seus cuidadores primordiais.

No decorrer desse trajeto, em que pude constatar os meus equívocos na abordagem da teoria psicanalítica e as lacunas do meu trabalho, a exemplo da falta de uma sustentação teórica, notei que era preciso seguir o meu objeto para uma mudança de posição, que é a própria noção psicanalítica de constituição do sujeito. Os IRDI seriam uma via para que eu aprendesse algo a respeito desse objeto. Era necessário, então, transitar da minha posição de julgamento por meio de um dizer e da condição de cegueira, que tolhiam a possibilidade de transitar em outra posição, para uma postura de pesquisador que escreve e registra um percurso, com certas exigências nesse escrever.

Lacan (2008[1959-1960]), em seu seminário que discute a ética da psicanálise, estabelece as diferenças entre o que é da ordem do juízo moral e o que concerne ao seu tema. Em um gesto, o psicanalista francês escancara que a sua prática aborda “no mais alto grau” o aspecto mórbido do que ele chama de “universo da falta” (Lacan, 2008[1959-1960], p. 12). O uso da palavra *universo*, aqui, configura um aspecto intrigante, pois estamos em psicanálise, com Lacan, destacando que o aspecto que escapa à linguagem *Há* e precisa ser computado no processo de pesquisa, posto que, na experiência em psicanálise, o que se trata é o que fazer com aquilo que interessa em um estudo que se propõe psicanalítico. É importante ressaltar, aqui, que não se trata de afirmar que o autor toma o universo como aquilo que vale para todos os homens, mas como a dimensão espaço-temporal que comporta a falta, esta alocada no que está imposto como existência em falta para o humano.

Essa discussão também rompe com certa regularidade da representação moral estabelecida por um coletivo, pois o que se espera de uma escrita em psicanálise é uma subversão intrínseca à condição do inconsciente, e não uma retaliação panfletária. Espera-se, ainda, que o trabalho revele os impasses, as tensões, não para resolvê-los, mas para desdobrá-los em efeitos de linguagem no campo de pesquisa. Nesse sentido, investigo o objeto não para dar conta de sua totalidade, mas trabalho com ele para percorrer suas bordas, seus limites e os

pontos em que, no contato com o material textual, paraliso-me – pontos a partir dos quais não é possível seguir sem ser barrado, nos momentos em que a paralisia compromete ou faz andar na escrita.

Já com relação aos IRDI, sobre os quais elaboro essa minha escrita, trata-se de um instrumento criado como uma saída, ou seja, como um modo de lidar com a demanda de indicadores psíquicos de risco no desenvolvimento, para uso de profissionais de saúde em geral. Porém, ao criarem essa alternativa de trabalho singular, os pesquisadores situavam-na no encontro de métodos que caracterizam seu instrumento. Um importante aspecto desse encontro é que ele não equivale a uma pesquisa psicanalítica, mas a uma pesquisa com a psicanálise, ou seja, os conceitos provenientes da psicanálise a permeiam, mas não se constituem como o seu método.

Com relação aos impasses suscitados pelo estudo, mencionados anteriormente, estes não são compostos apenas pelo encontro dos métodos clínico e experimental, mas também pelos confrontos entre outros campos discursivos. Figuram, entre essas regiões de tensão, os encontros entre os Métodos Clínicos (selecionados, para o presente trabalho, o psicanalítico e o psiquiátrico) e o Método Experimental; entre a noção de Subjetividade e de Sujeito do Inconsciente; e, por fim, entre o campo da Saúde Mental e a Psicanálise – com ênfase no que elas propõem ao trabalharem, juntas, com a criança em sua primeira infância.

A direção, aqui, não é a de defender a ideia de que abarcamos todas as tensões características desse encontro, mas a de acompanhar algumas delas por perto e desdobrá-las em suas possibilidades de sentido. A escolha feita por esses três impasses tensionais foi delimitada a partir do que se fez essencial para que os indicadores fossem criados.

Considero que debruçar-me sobre esse tema pode ter efeitos nos campos em que circulam os IRDI, possibilitando que se trabalhem de maneira mais clara com as tensões inerentes à sua utilização, identificadas acima. Com isso, entendo que, ao criar os Indicadores, os

pesquisadores conseguiram dar resposta aos impasses que o inconsciente impõe, sem tentar tamponar suas consequências. Será uma de minhas propostas, então, mostrar o que dá condições para sustentar essa afirmação na leitura de trabalhos que se valem dos Indicadores como dispositivo de detecção de risco.

Uma das minhas hipóteses de trabalho é a de que o instrumento figura como uma contribuição para uma abordagem mais complexa das questões que envolvem a constituição do sujeito e o sofrimento inerente nesse processo. Ao mesmo tempo, trata-se de uma ferramenta que possibilita que não se furte frente à angústia de estar a trabalho com uma criança e sua relação parental nos seus primórdios, ou seja, de assumir a responsabilidade quanto ao cuidado que as crianças em sofrimento convocam.

Entendo, ainda, que são as questões – tais como a demanda de indicadores de risco psíquico – que dão conta da não totalidade característica de uma pesquisa atravessada pela psicanálise, para que, no processo de trabalho, um modo de mostrar um saber-fazer produza-se com o que figura como problema de pesquisa, e não para que uma resposta completa seja atingida. Nesse sentido, os próprios IRDI podem ser compreendidos como uma resposta, à medida que comportam essa não totalidade a que me refiro e uma posição frente ao real, ao sujeito do inconsciente.

Foi um caminho árduo até me deparar com o fato de que a psicanálise feita por um psicanalista é uma invenção, um modo de lidar com os efeitos do inconsciente; até enfrentar o fato de que a filiação a Freud nos coloca na condição de inventores. O trajeto foi árduo por me colocar frente à queda de ideais impostos pelas diversas tensões que envolvem o decorrer de um processo de pesquisa, como relatei neste trabalho, sobretudo aqueles ideais às noções de constituição do sujeito.

Enfim, reforço que busco, nesta investigação, implicar-me no rastro da constituição do sujeito do inconsciente e, a partir das tensões tomadas e movimentadas pela Pesquisa



Multicêntrica dos IRDI, questionar quais são as consequências da sua escolha metodológica, articulada entre método clínico e experimental (inserindo a clínica psicanalítica, via teoria, e psiquiátrica, via teoria do crescimento, maturação e desenvolvimento). Possuo como objetivo, também, neste trabalho, interrogar as tensões no encontro entre o sujeito do inconsciente e o sujeito da subjetividade, que decorre da escolha metodológica em questão; examinar as vicissitudes que marcam o encontro entre as práticas clínicas psicanalíticas com a primeira infância e o campo da Saúde Mental, além de investigar o modo como estas marcam os IRDI. Depois desse trajeto sustentador, dedicar-me-ei à leitura de textos que se valem dos Indicadores, em busca, ali, de algum rastro da constituição do sujeito.

### **1.1 Sobre as Escolhas Metodológicas Quando o Objeto é a Constituição do Sujeito**

Inicialmente, o objeto de estudo deste trabalho alternava-se entre os indicadores e a pesquisa que deu origem a eles. Ocorre que o objeto atual da pesquisa surgiu entre o que esperava encontrar ao dar início ao estudo e o que realmente encontrei ao investigá-lo. Foi preciso me movimentar no sentido de reconhecer, ali, uma questão que me era cara: a constituição do sujeito. Nesse momento, a minha subjetividade direcionava-se para um trabalho de enfrentamento, de forma que os momentos de paralisia e de angústia foram importantes para que eu encontrasse um percurso.

Não bastava permanecer na superficialidade dos julgamentos morais e dos preconceitos citados anteriormente; foi preciso encarar as propostas teóricas de constituição do sujeito, para refletir, na comoção frente ao desconhecido: será que algo do sujeito em constituição apresentava-se no contexto de uso dos indicadores? A partir dessa questão, surgem outras várias, como: o que é sujeito? O que é subjetividade? O que é risco na constituição psíquica? O que cada indicador tem em relação ao percurso que o protocolo IRDI sustenta? Quais são

os impasses e tensões fundamentais para a criação dos indicadores? Essas e outras perguntas foram perseguidas, mas, sem dúvidas, ao reconhecer, nos indicadores, a abertura ao diálogo que eu não permitia em meus próprios escritos e reflexões, foi possível ler, em diversos campos teóricos, a potencialidade do encontro tensional entre eles. No caso em questão, trata-se do meu encontro enquanto pesquisador com o objeto que é, também, sujeito.

Se, antes, percebo uma posição religiosa que insistiu em meu trabalho durante um longo período, impactando a escrita e impedindo, até certo ponto, o enfrentamento do meu objeto de estudo, num segundo momento, os Indicadores perdem o caráter vilanesco que, inicialmente, eu lhes imputava e adquirem um tom de desconhecido. Apenas a partir daí é que foi possível iniciar uma posição mais próxima à de um pesquisador e mais afastada à do panfletário. Quanto aos IRDI e sua pesquisa de origem, nesse momento, foi possível buscar suas referências teóricas fundamentais.

Nesse sentido, a metodologia desta pesquisa não se baseia na ideia de explicar, por meio da teoria psicanalítica, os fenômenos que encontrei nos textos de base dos Indicadores. Portanto, não situo este estudo no âmbito do trabalho com a psicanálise, em que a abertura transferencial com o texto ocorre a partir da interpretação psicanalítica. Em vez disso, busco, nesta pesquisa, encarar o fato de que, enquanto pesquisador, não sabia me encontrar com os campos de conhecimento sem reduzi-los à minha própria rigidez sobre a questão da infância humana. É meu objetivo, ainda, enfrentar o fato de que o objeto e o sujeito, por vezes, confundem-se, e, dessa relação, algo produtivo pode surgir, como uma queda de ideais sobre cuidado com a infância. Era preciso movimentar-me, a partir desse impasse frente aos textos, para uma direção que levasse o trabalho para além da minha implicação pessoal.

Daí, surgem algumas apostas, como a de fazer circular o conhecimento acerca da constituição do sujeito, bem como de seus impasses, num campo que, por vezes, está alheio ao que a clínica pode auxiliar no cuidado com a primeira infância, desconsiderando o

psiquismo em jogo na vida à qual se direcionam os cuidados orgânicos de base. Esse campo seria o da atenção básica na saúde pública. Outra aposta era a de que as noções psicanalíticas, no contato com outro campo de compreensão do humano e produção de conhecimento – o método experimental –, poderiam levar seus efeitos, por meio dos Indicadores, para a atenção básica, ou para qualquer lugar em que eles circulem.

Propus, nesse percurso de investigação, a leitura dos Indicadores e da sua relação com as noções psicanalíticas em artigos que utilizam os indicadores a fim de mostrar, neles, os efeitos da consideração do inconsciente e das tensões que são antecedentes e necessárias para a invenção dos IRDI. Para fazê-lo, foi preciso agir com a transferência com os textos e fazer operar o método psicanalítico, o que exigiu a invenção de um estilo. Isso implicou considerar os IRDI como um objeto produzido por humanos, seres de linguagem.

Com Lebrun (2008), na sua discussão a respeito da implicação dessa expressão – ser de linguagem –, afirmo que “Falar significa que consinto no vazio, na perda, na negatividade” (p. 49), na tentativa de responder como deve falar o psicanalista. É com base nesse autor que discuto, aqui, cada uma dessas questões, quais sejam: o vazio, a perda, a negatividade e, no rastro que é imposto nessa direção, a maneira como transmitir, por meio da linguagem, o que não lhe é discernível. Foi preciso refletir, também, ainda com base no autor em questão, sobre como trabalhar, em psicanálise, enquanto pesquisador, já que, para esse campo do saber, “somos seres de fala e de linguagem” e já que “um sujeito não é um pleno que tem de se dizer no descontínuo da linguagem, ele é o que resulta desse descontínuo imposto pelo sistema da linguagem.”. Sem dúvida, essas considerações partem de uma noção de distanciamento entre as coisas e o que se produz discursivamente para que se dê conta de representá-las: “implica não estar mais em simbiose com as coisas, poder distanciar-se, não estar mais apenas no imediato, na urgência” (Lebrun, 2008, pp. 49-51)

O que esse autor chama de sistema da linguagem é desdobrado com a afirmação de que este é “constituído de significantes [...], que só valem por suas diferenças uns em relação aos outros e não enquanto tais.”. Essa passagem pela linguagem “implica, portanto, submeter-se a seu funcionamento, no caso, a um sistema descontínuo de significantes que apenas remetem uns aos outros e que, por isso, instauram uma distância irreduzível entre as palavras e o que elas representam.”. Tal submissão ocorre quando reconhecemos que “um ser falante nunca é, portanto, um sujeito pleno, mas um sujeito ‘dividido’ pela linguagem, sempre ‘furado’, atingido por essa descontinuidade, barrado e em via de se barrar; é o que vai marcá-lo com um inconsciente” (Lebrun, 2008, pp. 50-51).

O autor propõe, com destaque, que “a alteridade não está primeiro nos outros, mas no próprio seio de cada um” e que:

...se um sujeito pode emergir do que lhe vem do Outro, e até de seus primeiros outros, é porque, nesse lugar do Outro, sempre está faltante o significante que diz o que ele é. Em outras palavras, o Outro também está “barrado”, marcado pela falta. (Lebrun, 2008, p. 52)

Desse modo, as palavras que são organizadas em forma de texto neste trabalho e que compõem, nessa organização, um gênero textual específico, só poderiam ser proferidas deste modo, na singularidade, na intimidade do que acredito ser o único a pensar. No entanto, isso é “construído no material do Outro” (Lebrun, 2008, p.52). Por isso, as escolhas referenciais, o que se destacou na leitura e as problematizações características do trabalho transferencial com os textos devem ser compreendidas no âmbito dessa divisão subjetiva, e não no campo da certeza da captura plena de um conhecimento.

A minha tentativa, então, servindo-me da dúvida de Lebrun (2008, pp.52-53), é a de tomar a palavra enquanto pesquisador, partindo das palavras do Outro, e de manter uma singularidade do percurso, ou seja, sem deixar de trabalhar na condição de impossibilidade de plenitude representativa do objeto de pesquisa. É necessário, então, realizar esse movimento

sem me alienar do que já está produzido e sem me render e paralisar frente ao vazio que se abre na diferença entre o que é o objeto e o que é dito a seu respeito, diferenciando a palavra do Outro daquilo que é do pesquisador.

O autor supracitado entende que uma possível resposta seria:

...precisamente, ao se apropriar de novo desse vazio, dessa negatividade, ao fazer sua falta no Outro, ao aceitar essa ausência de garantia, ao abandonar a esperança de que o Outro o defina, que o sujeito pode traçar sua própria via. (Lebrun, 2008, p. 53)

Interrogar as tensões no encontro entre o sujeito do inconsciente (em constituição) e o sujeito da subjetividade – impasses que decorrem dessa escolha metodológica – não é mera distinção teórica, mas uma aposta ética no fato de que é preciso borderar esse vazio, a que se refere Lebrun, com trabalho. É preciso realizar algo com isso que não se sabe, e nem se saberá necessariamente, mas que precisa ser escrito como uma produção de saber ao redor do que não é possível discernir pelas representações ou pela lógica significante.

Dessa forma, encerro o relato sobre o meu percurso e as escolhas metodológicas realizadas, para, assim, enunciar-me de uma condição de engajamento no campo de estudo problematizado – a clínica que sustenta uma detecção de risco para sofrimento psíquico e de desenvolvimento.

## **CAPÍTULO 2 - O TRABALHO DE CONSTITUIÇÃO DOS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil foram criados a partir de uma extensa pesquisa multicêntrica. Comprometo-me, aqui, com enfrentar a história dessa pesquisa, começando por um panorama geral do que se pensava a respeito da clínica com bebês no período em que essa ferramenta foi criada. Nesse sentido, vale discutir, também, as articulações teóricas acerca da psicopatologia da infância, recortar e destacar os discursos psicanalítico e psiquiátrico, a fim de solidificar o caminho para discutir as tensões entre Psicanálise com bebês e a Saúde Mental.

Sobre o discurso psiquiátrico a respeito da psicopatologia da infância, acompanharei Bercherie (2001/[1992]), quando ele assinala o número de questões que a clínica psiquiátrica da criança impõe, destacando que:

...por um lado, trata-se de um campo de observação quase tão antigo quanto o da psiquiatria do adulto; por outro, podemos considerar que uma clínica específica da criança, com conceitos próprios, só se estabeleceu realmente a partir da década de 1930. Ora, essa é a época que me parece indicar o rápido declínio, e logo a extinção, da observação clínica na psiquiatria clássica. [...] A que se pode atribuir, então, esse atraso particular, essa autonomia histórica da clínica infantil? (p.129)

Para o autor em questão, existem “três grandes períodos na estruturação dessa clínica da criança”, quais sejam, (1) “O retardamento, único transtorno mental infantil”, (2) “A loucura (do adulto) na criança” e (3) “Nascimento de uma clínica pedo-psiquiátrica” (Bercherie, 2001/[1992], p. 129). O primeiro período refere-se aos “três primeiros quartos do século XIX” e é “exclusivamente consagrado à discussão da noção de retardamento mental, tal como constituído por Esquirol já antes de 1820, sob o nome de *idiotia*” (Bercherie, 2001/[1992], p. 130).

Não se trata, aí, acompanhando o autor em sua pesquisa, de uma “noção elaborada a partir de uma observação da criança, mas de um conceito que marca um momento capital da

formação da psiquiatria do adulto”. Trata-se de uma ideia inspirada no que Pinel havia descrito como:

...*idiotismo*, [...] como uma obliteração das faculdades intelectuais e afetivas do conjunto da atividade mental, ficando o sujeito reduzido a uma existência vegetativa, com alguns resquícios de manifestações psicológicas: devaneios, sons semiarticulados, crises de agitação. Esse estado podia ser adquirido e, portanto, curável, ou congênito e irreversível; Pinel o diferencia da demência, abolição do pensamento no sentido condillaquiano do juízo, com as faculdades mentais só se manifestando na incoerência e na desordem. Ele o diferenciava também do delírio geral maníaco e do delírio parcial melancólico. (Bercherie, 2001/[1992], p. 130)

Para Bercherie (2001/[1992]), em sua leitura da proposta de Esquirol, este:

...não modifica o espírito dessa nosologia sindrômica, que descreve estados mentais, quadros de apreensão imediata, cujo conceito se constrói em torno do traço mais central, mais evidente, das manifestações patológicas. Contudo, ele separa o idiotismo adquirido, curável, do idiotismo congênito, que, para ele, será a idiotia; o idiotismo adquirido tornar-se-á a forma aguda da demência, antes que Georget lhe conceda autonomia como *estupidez*. (p. 130)

A sustentação dessa posição de Esquirol, que Bercherie chama de pessimista, surge por conta de suas concepções patogênicas, de inadequação dos órgãos cerebrais ou vícios de conformação da cabeça, para que os afetados pela idiotia tivessem a possibilidade de raciocinar de maneira correta (2001/[1992], p. 131).

Nesse momento da clínica psiquiátrica de crianças, a *idiotia*, esse defeito original do desenvolvimento, não era identificada como uma doença, pois “os idiotas devem ser classificados entre os monstros: eles verdadeiramente o são do ponto de vista intelectual” (Georget, 1820 *apud* Bercherie, 2001/[1992], p. 131). Os idiotas não eram, pois, concebidos como delirantes. Além disso, não se acreditava, nessa época, em loucura na criança.

O segundo período da clínica psiquiátrica de crianças é o que Bercherie chama de “A loucura (do adulto) na criança”, que compreende a “segunda metade do século XIX, mas só se manifesta no final da década de 1880, com a publicação da primeira geração de tratados de psiquiatria infantil nas línguas francesa, alemã e inglesa; ele cobre ainda o primeiro terço do século XX” (2001/[1992], p. 133). Tal fase constitui-se, segundo esse autor, por uma clínica

que é “o decalque da clínica e da nosologia elaboradas no adulto durante o período correspondente”, uma clínica “diacrônica: já não se trata mais de descrever estados, mas doenças, estabelecendo-se um ciclo de quadros clínicos ao longo de uma evolução temporal regrada”. Constrói-se, ainda, como uma clínica que “se quer etiopatogênica, isto é, cada grupo de entidades clínico-evolutivas deve poder apoiar-se sobre uma constelação de causas e mecanismos patológicos típicos”. Para o autor, “trata-se de uma concepção essencialmente médica e somática dos transtornos mentais, concebidos como doenças do cérebro” (2001/[1992], p. 133).

Há, nesse tempo, a exploração teórica de Morel – trazida por Bercherie (2001/[1992]) –, que aborda a oposição entre doenças mentais adquiridas e constitucionais, calcadas na hereditariedade ou precocemente adquiridas. Esses conceitos “vão, em todo caso, dirigir a atenção para a infância dos alienados e, igualmente, para a existência, na criança, de uma patologia mental” (p. 134).

Para Bercherie, esse período é dividido em gerações de tratados de psiquiatria infantil. O que caracteriza a primeira geração desse segundo período da psiquiatria clínica com crianças, segundo o autor:

...é que eles sempre buscam encontrar, na criança, ao lado do retardamento, as síndromes mentais descritas no adulto, que variam, aliás, de acordo com as referências nosológicas dos autores: excitação e mania, depressão e melancolia, obsessões e fobias, alucinações e delírio, loucura moral, isto é, perversão, e também neurose no sentido antigo do termo: histeria, epilepsia, coréia, tiques. No plano patogênico, esses transtornos são compreendidos, seja como manifestações de tipo tóxico-infeccioso, seja como a marca de um desequilíbrio degenerativo, que explica a grande maioria deles e que justifica a eclosão de transtornos mentais importantes por causas morais, isto é, psicológicas, aparentemente de pequeno alcance. (Bercherie, 2001/[1992], p. 134)

A clínica psiquiátrica com crianças não se configura, então, nesse momento, como um campo autônomo de investigação, mas como um objeto de curiosidade e um campo complementar da clínica e da teoria psiquiátrica do adulto. É apenas, como elucida o autor em



questão, “na virada do novo século, com a importação de conceitos originários da nosologia kraepeliniana, que a pedo-psiquiatria vai poder dispor de noções com um valor heurístico seguro, no plano da investigação clínica” (Bercherie, 2001/[1992], p. 134).

O resultado disso é a segunda geração de tratados de psiquiatria infantil, que retomam as modalidades gerais da nosologia de Kraepelin:

De fato, no campo de retardamento, aparece a ideia de distinguir, das formas congênitas da concepção clássica, certas formas adquiridas nos primeiros anos, isto é, verdadeiras *demências infantis*, das quais Esquirol, aliás, já suspeitava da existência. Entre essas novas rubricas etiológicas do retardamento, progressivamente vai destacar-se uma entidade particular, que coloca um importante problema conceitual... (Bercherie, 2001/[1992], p. 135)

Essa nova entidade particular é a demência precocíssima. Foi nessa época, então, que se chegou à noção moderna de psicose infantil e que os últimos manuais diagnósticos de modelo classificatório deixaram de figurar. Essas questões ensejam, aliás, uma discussão importante na psicopatologia contemporânea.

Já o problema conceitual – retomado por Bleuler, que retira, na sua obra sobre esquizofrenia, o peso da demência na compreensão da síndrome – mencionado, acima, por Bercherie, refere-se ao aparecimento:

...a partir dos 3-4 anos, em crianças que, até então, haviam tido um desenvolvimento normal, de um estado de morosidade e indiferença, com negativismo, oposição, transtornos afetivos (cólera, ansiedade), seguidos de uma desagregação da linguagem e de diversos transtornos motores bastante característicos: agitação, estereotípias, maneirismo, catatonia, impulsões. (Bercherie, 2001/[1992], p. 135)

Dando andamento ao histórico, a partir de 1930, há o chamado terceiro período da clínica psiquiátrica da criança. Tal período é marcado, inicialmente, pelo declínio da pesquisa clínica na psiquiatria do adulto e pelo fato de que a psicopatologia é interesse da psicanálise, de modo que esta passa a influenciar, de forma dominante, a clínica infantil:

A descoberta de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, adquire no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, é de

uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente, que dependem, então, as perturbações psicológicas. (Bercherie, 2001/[1992], p. 136)

Trata-se de uma nova clínica, em que, continua o autor referido:

...ao lado da retomada de certas categorias do período precedente (neuroses e psicoses da criança), e mesmo da reinterpretação da herança da primeira etapa (manifestações caracteriais e psicóticas dos verdadeiros retardados), um imenso campo se destaca: - doenças psicossomáticas propriamente ditas, - transtornos do comportamento e manifestações afetivas patológicas, - perturbação do desenvolvimento das funções elementares: motricidade, sono, funções esfinterianas, fala etc. (Bercherie, 2001/[1992], p. 136)

É preciso, também com Bercherie, destacar a descrição de Kanner, em 1943:

...da síndrome autística precoce – que, a partir de então, recebe o seu nome – [que] é um exemplo do valor heurístico de tal procedimento [pesquisa sistemática de inspiração funcionalista e behaviorista acerca do desenvolvimento psicológico da criança, tendo Gesell como referência da mesma época]: é a partir dos preciosos dados de Gesell que ele pôde sublinhar a notável precocidade da perda relacional nesse tipo de casos, diferenciando-os das esquizofrenias infantis mais tardias. (2001/[1992], pp. 138-139).

De acordo com Bercherie, é necessário destacar, ainda, que as ideias e procedimentos de uma clínica psiquiátrica dependem diretamente do olhar que é lançado à infância e da ideia de desenvolvimento que sustenta esse olhar. Nesse sentido, se, nos dois primeiros períodos descritos acima, a criança era tomada como adulto em potência, ou seja, como finalidade, no terceiro período, há uma especificação do que é característico da criança, inclusive no modo de pensar o seu desenvolvimento psicofisiológico intrínseco (Bercherie, 2001/[1992]).

Parto, agora, para a contribuição de Cirino (2015) a respeito da genealogia da psiquiatria da infância. Há, em seu texto, um apontamento para uma transição entre décadas de consideração e referência à teoria psicanalítica, por parte de pediatras e psiquiatras infantis, em direção a um cenário atual de mudança.

Os psicanalistas, incluindo médicos psiquiatras, que Cirino (2015) situa como influentes para a psiquiatria nesse período, entre as décadas de 1930 e 1980, são: Anna Freud, Melanie Klein, René Spitz, Margareth Mahler, Donald Winnicott, René Diatkine, Serge Lebovici, Françoise Dolto e Maud Mannoni.

Quanto à discussão proposta por Cirino (2015), percebo um equívoco no que ele chama de mudança radical da relação referencial entre psiquiatria e os outros campos. Segundo o autor:

A disputa [atualmente] é intensa: há uma série de especialistas – neurologistas, pediatras, psicólogos, psicopedagogos, psicanalistas, fonoaudiólogos – e o psiquiatra infantil é, de certo modo, “discriminado” pelas famílias a partir da relação, presente no imaginário social, entre psiquiatria e loucura. Nesse contexto, a psiquiatria infantil busca, cada vez mais, se estabelecer como especialidade médica independente, encontrando na concepção psiquiátrica americana sua principal referência. (p. 37)

Questiono, então, se essa discriminação realmente se efetiva, já que o número de encaminhamentos para a psiquiatria é crescente e a figura do médico e do tratamento medicamentoso é destaque, atualmente, no que pode ser chamado de clínica psiquiátrica pautada em receituário inconsequente de um diagnóstico classificatório. O que se vê, hoje, é a presença de uma prática clínica que se confunde com o laboratório experimental, já que o diagnóstico, o medicamento, o treinamento cognitivo comportamental e a estatística são chamados – posto que são comprovados cientificamente – a ocupar seu lugar na efetividade comprovada de um saber e de uma prática que servem a objetivos claros frente ao sofrimento psíquico e de curto prazo de alcance. Trata-se, então, de cobrar resultados, exigir comportamentos adequados ao que seria o ideal de realização de um bebê ou de uma criança, localizando, nelas próprias, as razões desses problemas de realização. Vale ressaltar que tal prática ocorre, ainda, sem o questionamento quanto aos vários elementos da constituição dessas crianças, em especial quanto à função da alteridade nas falhas desse processo.

Já em Pesaro (2015), há uma recuperação histórica da psicanálise com crianças. No entanto, o que me interessou no trabalho dessa autora foi o seu recorte do que se passava na época em que a demanda e a história dos IRDI se iniciaram. Para perseguir esse interesse, em especial sobre como a primeira infância em psicanálise e a denominada intervenção precoce foram pensadas durante o período apontado, acompanhemos, na afirmação de Barbosa, sua leitura da expressão de Alfredo Jerusalinsky:

Falar em intervenção precoce pressupõe uma especificidade na clínica de bebês. Se, por um lado, esse bebê se atrela à prematuridade biológica que o coloca totalmente à mercê do Outro que irá humanizá-lo ao introduzi-lo no universo da linguagem, por outro lado, será dessa condição mesma que ele irá se valer, uma vez que a prematuridade confere a ‘permeabilidade ao significante’ (Jerusalinsky, 1984); permeabilidade que se observa nesse tempo do bebê, e que irá possibilitar que novas inscrições possam ali se fazer. (Barbosa, 2007, p. 68)

Enfim, desde esse tempo até os dias atuais, vigora uma crescente teorização acerca da prática e das possibilidades da clínica psicanalítica com bebês, a exemplo do que se vê em trabalhos de autores como Catão (2009), Julieta Jerusalinsky (2002), Laznik (2000), Vorcaro (2004; 2008), Paravidini (2002) e Teperman (2005), que, dentre outros, testemunham essa clínica.

Nesse breve contorno, tentei destacar o momento de elaboração teórica anterior à Pesquisa Multicêntrica e aquele que acompanhou tal Pesquisa na constituição do Protocolo IRDI. Nesse contexto, é fundamental destacar que os IRDI surgem graças às produções teóricas acerca da clínica com bebês, proposta pela psicanálise, e, sobretudo, em função das concepções de constituição do sujeito e das noções de detecção de risco e de intervenção precoce. Nas referências citadas acima, fica clara, a todo momento, a noção de interdisciplinaridade, de modo que os autores dialogam com as teorias de desenvolvimento, maturação e crescimento, a fim de situar sua especificidade – tratar do sofrimento psíquico em questão.

## **2.1 A História da Pesquisa Multicêntrica**

Neste ponto, faz-se necessário discorrer sobre o histórico de elaboração dos IRDI, com base nos trabalhos do Grupo Nacional de Pesquisa (doravante, GNP) e da pesquisa Multicêntrica. Destacarei, nesse processo, as demandas de surgimento do instrumento e a sua característica multicêntrica.

Para isso, retomo, inicialmente, a publicação de Cavalcanti, Escobar, Fingerhann, Kupfer e Rocha (2008). Esse texto desdobra-se sobre o surgimento da pesquisa multicêntrica, algumas de suas dificuldades, a definição dos indicadores e as implicações que se puseram em movimento a partir da abordagem psicanalítica nessa pesquisa.

A pesquisa teve início com a demanda de Maria Eugênia Pesaro e Josenilda Caldeira Brandt, que trabalhavam, na década de 1990, com a atualização do manual sobre crescimento e desenvolvimento que vinha sendo utilizado pelos pediatras da rede de saúde pública. Pesaro e Brandt procuravam incluir, nesse manual, “indicadores psíquicos” do desenvolvimento infantil. Para que os indicadores fossem construídos, Maria Cristina Machado Kupfer, entre outros pesquisadores, foi convidada. Kupfer sugeriu, na ocasião do convite, que se realizasse uma pesquisa sobre o tema. A partir desse momento, foram convocados “especialistas em psicanálise de todo o Brasil e que conheciam, em termos pediátricos, o desenvolvimento infantil de 0 a 18 meses” (Cavalcante *et al.*, 2008, p. 50).

Segundo Pesaro (2010), “a Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil foi realizada no período entre 2000-2008.”. Destaco que esse trabalho, realizado em vários pontos do território nacional, envolveu diversos profissionais da área do desenvolvimento infantil. É preciso situar que o interesse pela criação dos indicadores, de caráter longitudinal e volumoso quanto aos dados produzidos, excedia o âmbito pessoal da demanda das autoras citadas e atingia os trabalhadores da saúde mental, que, para participar, puderam ser formados a respeito da constituição do sujeito e do sofrimento psíquico no período supracitado da vida de uma criança (p. 18).

Ao se constituírem enquanto grupo, os especialistas bancaram o trabalho de, com base nas elaborações teóricas sobre a constituição do sujeito em psicanálise, “incluir essa questão [o sofrimento psíquico] dentro de uma norma [estatística] com referencial teórico psicanalítico. Esse grupo constituiu-se e passou a ser chamado de GNP, ‘Grupo Nacional de Pesquisa’”.

(Cavalcante *et al.*, 2008, p. 50). Outros destaques, nesse processo, são o porte da pesquisa longitudinal realizada pelo grupo e a extensão das articulações sustentadas pelos especialistas que as conduziam no sentido de constituir os Indicadores e, posteriormente, validá-los. Vale ressaltar, aqui, que um trabalho longitudinal corresponde à pesquisa que decorre um longo período para coleta de dados, o que, em termos de tipologia de investigação, refere-se ao objetivo de estudar o fenômeno através do tempo e os resultados desse fenômeno, após determinado período.

É importante destacar, também, que o fato de a equipe ter englobado vários profissionais da saúde, de diferentes áreas do conhecimento, assim como a característica de variabilidade regional da pesquisa e da sua abertura para o diálogo acerca do desenvolvimento e da constituição são aspectos que me parecem positivos quando o assunto é o sofrimento na primeira infância. A complexidade do tema e a relevância do cuidado com esses bebês convocam diversos campos técnicos no decorrer desse tempo da vida. Daí, nota-se a importância de se trabalhar lado a lado com outros saberes sobre o mesmo objeto e, assim, enfrentar tensões que surgem a partir das diferenças impostas por cada visão acerca do desenvolvimento, sem perder de vista o psiquismo daquele em posição de constituição.

Dentre os fatores de base da pesquisa que contribuíram para uma melhor colocação dos Indicadores com relação aos seus princípios está a percepção, por parte dos especialistas que compunham a pesquisa Multicêntrica, dos efeitos produzidos ao realizar o diagnóstico de uma criança em risco de desenvolvimento. Esses efeitos ressoam no campo de encontro que a criança estabelece com o que a precede fundamentalmente, reduzindo, muitas vezes, as possibilidades outras para o sujeito em constituição.

Em outras palavras, o nome que o diagnóstico oferece para aquilo que tanto assola a relação entre os cuidadores e a criança surte um efeito de ausência naqueles que deveriam sustentar-se ativamente junto aos seus filhos. Vale ressaltar a característica complexa dessa

frustração, tendo em vista a inúmera produção de sentidos que perpassam o nome atribuído ao sofrimento e a posição de irremediável em que um diagnóstico pode colocar a criança.

Diante disso, o posicionamento dos pesquisadores foi o de sustentar que os Indicadores referem-se a um sofrimento psíquico em jogo na constituição do sujeito, invertendo a lógica de diagnóstico, em que, somados, os sinais sintomáticos definiriam o nome da doença portada pelo paciente. A visada, portanto, é de não realização de um diagnóstico, o que se configura como um ponto fundamental na implantação dos IRDI. Nesse sentido, em contraposição ao diagnóstico, o ato de prevenção de que se valem os Indicadores traduz-se em um cuidado com relação à ausência desses indicadores, em que o que se detecta não é o diagnóstico de doença a ser prevista e controlada, mas o sofrimento psíquico em questão, supondo que ele demanda cuidado (Cavalcante *et al.*, 2008).

Ao prosseguir na tentativa de compreender a lógica da articulação desses indicadores, acompanho Kupfer, A. N. Jerusalinsky, Bernardino, Wanderley e Rocha (2009, pp. 51-52), que observam: “é a ausência de indicadores que sugere um risco para o desenvolvimento da criança. Assim, os IRDI, quando presentes, são indicadores de desenvolvimento, e quando ausentes, são indicadores de risco para o desenvolvimento”. Diante disso, cabe ressaltar que algo da teoria psicanalítica imprime-se na inserção dos IRDI nas práticas dos profissionais atuantes com a primeira infância e que, de alguma maneira, algo que ultrapassa os indicadores atua no incômodo da ausência de um deles.

Os indicadores, vistos desse modo, oportunizam o aparecimento de uma espécie de *a mais*. Em outras palavras, a escuta viabilizada pelos profissionais em atuação com os IRDI não se reduz a um cálculo de ausência e presença dos indicadores. Assim, essa escuta dá espaço para que o trabalhador em saúde esteja aberto a uma questão frente ao que se levanta como um mal-estar e a um desfecho clínico em que se supõe que isso seja trabalhado. Tais aspectos marcam a qualidade de um trabalho de constituição na relação do bebê com o seu cuidador.

Em minha experiência participando de módulos da Educação Permanente em Saúde Mental Infantojuvenil, promovida pelo programa de Ações em Saúde Mental do Município de Uberlândia, encontrei trabalhadores que, para além das exigências teóricas a respeito do desenvolvimento, demandavam esclarecimentos em relação à detecção de risco. Demandavam informações que os levassem a escutar a qualidade dos processos que acompanhavam, ou seja, a conseguir, a partir do seu âmbito de trabalho e da sua prática com bebês, pensar maneiras de dar atenção e cuidado para a qualidade da relação entre os bebês e os seus cuidadores.

Sigo, agora, para uma noção pormenorizada da criação dos indicadores pelos quais busco, nesta dissertação, compreender a noção de constituição do sujeito, em especial no campo da clínica com bebês<sup>2</sup>.

## **2.2. Estrutura, Constituição e Instrumento: Os IRDI como Pretexto Imaginário para uma Produção Narrativa**

A noção de instrumento, segundo Erthal (1987, p. 34), refere-se ao recurso usado quando se pretende “avaliar o comportamento em sua globalidade, ou seja, em seus domínios cognitivo, afetivo e psicomotor”. Já a avaliação define-se como “a atribuição de qualidade aos valores numéricos obtidos através da medida”.

Isso nos leva aos IRDI e à sua composição, já que se espera a presença desses Indicadores em um processo constitutivo que transcorre a contento. De forma geral, o conjunto dos indicadores contempla uma conformidade entre a passagem de tempo e certas aquisições que seriam perceptíveis ao observador que trabalha com os IRDI. Essa conformidade sugere uma totalidade do processo, um recurso de representação global, pregnância do registro

---

<sup>2</sup> Deste ponto em diante o leitor pode seguir as discussões e elaborações sobre os IRDI com o acompanhamento dos Anexos 1 e 2, nesta dissertação.



imaginário, uma espécie de vislumbre do processo de alienação/separação conforme teoriza a teoria psicanalítica, ou seja, uma suposição prévia de que a presença dos indicadores compõe o processo constitutivo. Porém, a alienação/separação é operada a partir da condição simbólica, conforme discutiremos adiante, logo, é preciso considerar os IRDI como um roteiro de percurso, não como garantia de constituição.

Suponho que a maneira como se utilizam os Indicadores pode mobilizar outros registros quando da aplicação do instrumento. Isto é, por meio da conferência que vai para além do literal dos indicadores presentes, é possível direcionar uma escuta de qualidade da relação entre o bebê e sua mãe e/ou seu cuidador primordial, iniciando um processo simbólico de produção discursiva acerca desse organismo em que é preciso supor alguém em desenvolvimento. No capítulo seguinte, abordarei a importância das posições simbólicas que permeiam a constituição do sujeito e suas relações com os indicadores.

Início, agora, uma leitura da tese de doutorado de Pesaro (2010), em que foram discutidos os alcances e limites teórico-metodológicos da pesquisa que deu origem aos IRDI. O objetivo, aqui, é recortar os aspectos gerais da pesquisa para, posteriormente, discuti-los.

Segundo essa autora:

...o objetivo principal [da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil] foi verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento infantil. Além disso, a pesquisa objetivou: a) capacitar médicos da rede pública para a identificação dos indicadores clínicos de risco para problemas de desenvolvimento infantil; b) descrever o perfil epidemiológico dos usuários da rede pública de atendimento à criança em relação a esses indicadores; c) verificar a associação desses indicadores com as características clínicas das crianças atendidas na rede pública; d) selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento de crianças de zero a cinco anos proposta pelo Ministério da Saúde. (p. 18)

Utilizando-se de um “desenho de corte transversal seguido de um estudo longitudinal”, a pesquisa lançou mão da aplicação do protocolo IRDI por intermédio de pediatras previamente treinados, numa amostra composta de:

...727 crianças de zero a quatro meses incompletos, quatro a oito meses incompletos, oito a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses, randomicamente selecionadas entre as consultas pediátricas de rotina em 11 serviços de saúde situados nas cidades de Belém, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo (três centros). (Pesaro, 2010, p. 20)

Seguindo o tratamento dos dados a partir da aplicação, terminados os dezoito meses, foram definidas as crianças consideradas casos e as crianças controle. As crianças consideradas casos contabilizavam 287, e o critério para que pertencessem a esse grupo era a ausência de dois ou mais indicadores. Já para as 440 crianças consideradas como controle, o critério era a ausência de apenas um ou nenhum dos indicadores. Como afirmam os autores, “Entre os casos, foram sorteadas 183 crianças (64%); destas, 158 completaram a pesquisa (perda de 13,7%). Entre as crianças controle, 132 (30%) foram sorteadas; dessas, 122 (perda 7,5%) completaram a pesquisa.” (Kupfer *et al*, 2009 como citado em Pesaro, 2010, p. 20).

Pesar aponta, ainda, que “as 287 crianças dessa subamostra foram submetidas a um diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico” (Pesaro, 2010, pp. 20). Sobre isso, sigo para o texto de Kupfer *et al.* (2009):

Ao completar três anos de idade, as crianças dessa sub-amostra foram submetidas a um diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico, por meio de dois protocolos criados para esse fim: o roteiro para a Avaliação Psicanalítica – AP3 – e o roteiro para a Avaliação Psiquiátrica” (p. 5).

Ainda sobre essa avaliação psiquiátrica, o seu procedimento deve ser esclarecido: “Para a avaliação psiquiátrica também foi utilizado um instrumento já padronizado e validado, o SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), desenvolvido em 1997 por Robert Goodman.” (Kupfer *et al.*, 2009 como citado em Pesaro, 2010, p. 20).

Após a avaliação com esse grupo de crianças, foi feita uma tabela de sintomas e seguiu-se para a definição de um desfecho clínico para a pesquisa. Trata-se de um momento fundamental para a validação dos IRDI, em termos de sua metodologia de pesquisa multicêntrica:

Definiu-se, em seguida, o desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança – a presença de problemas é constatada a partir de sintomas que indicam que a criança está manifestando pequenas ou intensas dificuldades no seu desenvolvimento psíquico; ou b) presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito – nesse caso, os sintomas apontam para problemas mais estruturais e para uma evolução em direção às psicopatologias graves da infância. A categoria de risco foi utilizada porque em crianças de três anos não é possível diagnosticar psicopatologias definitivas. (Kupfer *et al.*, 2009, p. 222)

É importante ressaltar, ademais, que, para Pesaro (2012), o que compõe e caracteriza os

Indicadores são:

...[as] atitudes e comportamentos observáveis ou referidos, divididos em quatro faixas etárias (zero a quatro meses, quatro a oito, oito a 12 e 12 a 18). Esses indicadores, quando ausentes, sinalizam risco para o desenvolvimento infantil. São os fenômenos enquanto observáveis em sua ausência que, para a aplicação do instrumento, interessarão ao profissional que aplica. (p. 22)

Na pesquisa Multicêntrica, a escolha pela noção de constituição do sujeito seguiu quatro eixos teóricos: “Suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância entre presença e ausência e instalação da função paterna”, a partir dos quais foram criados os Indicadores (Pesaro, 2010, pp. 22-23). Segundo Kupfer *et al.* (2003 como citado em Pesaro, 2010, pp. 23), esses eixos teóricos “são expressões fenomênicas indicativas da instalação ou constituição da subjetividade.” Tal fato leva-nos a considerar a observação de Kupfer *et al.* (2003 como citado em Pesaro, 2010) a respeito do tópico:

A instalação da subjetividade só pode ser verificada a partir dos efeitos indiretos que essa instalação determina. Assim, 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. (p. 17)

Assim, os indicadores referem-se à constituição do sujeito – em especial sua tomada estrutural. Logo, foi necessário situar a noção de sujeito e suas implicações na pesquisa: “ela [a noção de sujeito] aparece com diferentes acepções já no interior do próprio campo psicanalítico e, além disso, é difícil conciliá-la com pesquisas experimentais” (Pesaro, 2010, p. 26).

Apesar da apresentação por eixos, a autora aponta que “não se deve perder de vista que as operações fundantes do psiquismo se enlaçam como um tecido, uma trama. Os eixos surgem simultaneamente e um determina, retroativamente, o outro” (Pesaro, 2010, p. 26). Nesse sentido, acerca de tais eixos, há, em princípio, aquele de suposição do sujeito (SS), que faz figurar, na construção dos IRDI, uma certeza que permeia o olhar do Outro frente àquilo que não corresponde em termos maturacionais ou desenvolvimentistas. É o eixo que delineia uma assertiva de que, dali, um sujeito responderá – uma aposta que chama para um possível enlace desse novo ser com o mundo de relações subjetivas.

Já o eixo do Estabelecimento da Demanda (ED) coloca em jogo a tonalidade do engaste pulsional que se opera ou não frente à certeza referida acima. Algo se configura como pedidos entre a operação lógica de alienação e o que o bebê consegue delimitar como furo no desejo do Outro. O eixo da Alternância entre Presença e Ausência (PA), por sua vez, implica o reconhecimento da impossibilidade de preenchimento desse furo, seja com sua resposta à demanda, ou com sua identificação com o que o olhar lhe impunha – uma chance de separação que convida uma enunciação singular. O eixo da Função Paterna (FP) seria, então, aquele que vem marcar um lugar para esse impossível na referência simbólica de um elemento em que, mesmo dando uma resposta singular, estou à mercê da posição do meu semelhante quanto ao que ele possui como lugar sem igual na linguagem.

Os eixos em questão são noções fundamentais para compreender a constituição do sujeito e foram tomados de maneira singular na pesquisa que deu origem aos indicadores. É importante lembrar, também, que esses eixos surgiram com base em elaborações teóricas anteriores à criação dos IRDI, já que são fundamentos da psicanálise lacaniana para a constituição do sujeito.

A partir da proposta feita, é preciso seguir para uma investigação pormenorizada dos indicadores e sua relação com a teoria de constituição do sujeito. Detenho-me a isso na sequência deste texto.

### ***2.2.1 Os Indicadores e os Eixos Teóricos***

O objetivo, neste ponto do texto, é organizar os Indicadores com as designações de faixa etária, conforme consta na pesquisa multicêntrica. Desse modo, é essencial destacar que os IRDI são compostos por trinta e um indicadores, cada um deles possui relação direta com um ou mais dos eixos de constituição psíquica já citados – que, no capítulo três desta dissertação, serão discutidos em termos teóricos mais abrangentes.

Os indicadores de zero a quatro meses incompletos são: “(1) Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer?”. As noções psicanalíticas que transformam essa manifestação relacional entre a mãe (ou agente da função materna) e o bebê em sinais de risco são a Suposição de Sujeito e o Estabelecimento da Demanda.

Sigo com os indicadores pertinentes à faixa etária de zero a quatro meses incompletos: “(2) A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela – manhês?”, destaco, aqui, o manhês e a especificidade teórica que o embasa, a saber, a Suposição do Sujeito. Em sequência: “(3) A criança reage ao manhês?”, o que sinalizaria a escansão de Estabelecimento da Demanda entre o bebê e o agente maternante; “(4) A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação?”, essa Alternância entre Presença e Ausência vai operando na descontinuidade do que era demanda e atendimento da demanda, ou seja, inicia, na relação entre mãe e bebê, o que deve se estratificar, posteriormente, como operação de separação desse campo que simula uma totalidade imaginária. Em seguida, “(5) Há trocas de olhares entre a criança e a mãe?”;

além da Suposição de Sujeito implicada nesse indicador, temos, também, a baliza da Alternância entre Presença e Ausência.

Entre os quatro e os oito meses incompletos, os indicadores de risco são “(6) A criança começa a diferenciar o dia da noite?”, sinalizando os operadores lógicos constitutivos de Estabelecimento da Demanda e Alternância entre Presença e Ausência; “(7) A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades?”, cujo eixo de sustentação constitutiva corresponde ao Estabelecimento da Demanda. Em seguida, “(8) A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta?”, assinalando noções que permeiam a construção do indicador: Estabelecimento da Demanda e Alternância Presença- Ausência. Já o indicador, “(9) A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases?”, denota que Suposição de Sujeito e Alternância Presença e Ausência têm operado nas manifestações relacionais entre mãe e bebê. Ressalto esse indicador como uma marca de uma clínica em que as trocas cotidianas de linguagem da mãe com o bebê não se reduzem ao nível da necessidade, atingindo o estatuto de uma entrada para além da aquisição funcional.

Dando sequência aos indicadores para a faixa etária em questão, tem-se “(10) A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo à ela?”, correspondente à noção teórica do Estabelecimento da Demanda; “(11) A criança procura ativamente o olhar da mãe?”, cujo aparecimento é operado tanto por Estabelecimento da Demanda quanto por Alternância Presença e Ausência. Há, ainda, “(12) A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe esforço?”, ligado a Suposição de Sujeito, Estabelecimento da Demanda e Alternância Presença Ausência; e, por fim, “(13) A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva?”, relacionado a Estabelecimento da Demanda e, pela primeira vez entre os indicadores, a Função Paterna, que assinala uma baliza de separação importante, sem a qual não se inicia, na constituição, uma separação simbólica entre mãe e bebê.

Com o fim dos indicadores dessa faixa etária, introduzo um ponto importante no que tange à constituição do sujeito e os IRDI. O tempo cronológico de oito meses incompletos não é o que traz e faz operar a baliza da Função Paterna, de modo que a ligação entre cada indicador e um ou mais eixos teóricos não impossibilita que operem outras balizas posteriores no enquadre dos IRDI.

Nesse sentido, no próximo capítulo, com base nas duas principais autoras que inspiraram essa elaboração por eixos, será perceptível a posição delas no que se refere ao tempo e à escansão para a constituição do sujeito. No próximo item do atual capítulo, situaremos as diferenças entre crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição subjetiva e a separação existente nos IRDI entre indicadores de risco para o desenvolvimento e indicadores de risco para a constituição subjetiva. Volto, então, aos Indicadores e às faixas etárias.

Parto para a faixa etária seguinte, dos indicadores para as idades entre oito e doze meses incompletos: “(14) A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção?”, sustentado pelas noções de Estabelecimento da Demanda e de Suposição do Sujeito, há, aqui, um aumento significativo da complexidade desse circuito desejanste; há uma passagem de passividade à atividade, que não pode ser ignorada como sinal de um percurso constitutivo. No próximo indicador, “(15) Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe?”, atua a noção de Estabelecimento da Demanda. Em “(16) A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa?”, é o eixo Estabelecimento da Demanda que sustenta a tomada do bebê; lembro-me, aqui, das cenas de “birra” costumeiras, em que se nota uma posição de limitação ativa do poder do cuidador sobre o corpo da criança, assinalando uma marca interessante de subjetividade em constituição.

No indicador “(17) Mãe e criança compartilham uma linguagem particular?”, constam as noções de Suposição de Sujeito e Alternância Presença Ausência. Já o indicador “(18) A

criança estranha pessoas desconhecidas para ela?” apresenta a noção de Função Paterna e uma diferença entre o que se constitui e outros semelhantes vai se tornando complexa. Em “(19) A criança possui objetos prediletos?”, a questão objetual, sem dúvida, permeia a constituição do sujeito, como discuto no próximo capítulo. Nesse indicador, está em jogo o Estabelecimento da Demanda, assim como nos indicadores “(20) A criança faz gracinhas?”, “(21) A criança busca o olhar de aprovação do adulto?” e “(22) A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada?”. Destaco, neste momento, o último indicador dessa faixa etária, que tem relação com a alimentação da criança, relacionando-se à marcação dos furos do corpo de um bebê, do preenchimento desses furos com a história de um alimento e de um modo familiar de compartilhar o alimento.

A última faixa etária é situada entre os doze e os dezoito meses e é composta pelos indicadores “(23) A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses?”, sinalizando as escansões de Estabelecimento da Demanda e Função Paterna; “(24) A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas?”, que configura uma diferenciação temporal sinalizadora de ordenamentos de temporalidade, sendo as noções de Estabelecimento da Demanda e Função Paterna seus eixos de sustentação. Em “(25) A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno?”, também aparecem efeitos do Estabelecimento da Demanda e da Função Paterna. No indicador “(26) A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede?”, temos a operação da Função Paterna. Já o indicador “(27) A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe?” é marcado pela Função Paterna em operação e pela Suposição de Sujeito. Os indicadores de número 28 a 31 apresentam a operação da Função Paterna; são eles: “(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?"; e "(31) A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios?".

Além de referenciar o texto de Kupfer *et al.* (2008, pp. 221-235), destaco a pregnância do eixo função paterna nesse momento da constituição, em que se espera maior clareza e uma complexidade qualitativa nas relações compartilhadas com os outros ao redor do bebê. Reafirmo a necessidade de se considerar os indicadores a partir do que se estabelece na relação entre mãe e bebê, que nunca pode ser criada em laboratório e, portanto, jamais poderá cerzir ao que seria um ideal.

Indico, ainda, a relevância de não se considerar a ausência de um item isoladamente e de não compreender tal ausência como falência da operação de constituição equivalente. Este é um erro, já que o que nos interessa, assim como na clínica com bebês, é a qualidade da estimulação e, por vezes, o que ocorre, com o uso dos indicadores, é, baseada no imaginário do percurso de constituição, a retomada da produção discursiva de quem cuida da criança. Tal produção versará sobre o que cerne a posição desse cuidador na linguagem, algo que considero deveras positivo no processo constitutivo.

### ***2.2.2 Risco Para o Desenvolvimento e Risco para a Constituição Subjetiva***

O primeiro passo, nesta etapa deste trabalho, é identificar as noções de crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição que baseiam a clínica psicanalítica na sua prática com bebês. Foi importante, para a minha investigação sobre os IRDI e a constituição do sujeito, acompanhar as diferenças entre esses conceitos, pois, dentre os trinta e um indicadores de risco que compõem os IRDI, dezoito são específicos para o risco de sofrimento psíquico, além de indicarem risco para o desenvolvimento.

Ao discutir a questão da temporalidade na clínica com bebês, Julieta Jerusalinsky (2002, p.150) distingue crescimento, maturação e desenvolvimento. Para ela, o primeiro termo “é mensurável e implica um aumento de tamanho, peso e volume do organismo.”. Já o segundo termo, maturação, “diz respeito ao conjunto de transformações sofridas pelo organismo e seu processo de aperfeiçoamento do sistema nervoso central e das estruturas neuromusculares, levando-os progressivamente a organizações mais complexas e possibilitando o pleno exercício de suas funções.”. O desenvolvimento, por sua vez, ainda segundo a autora:

...é o termo mais abrangente dos três, incluindo o crescimento e a maturação, mas não se reduzindo apenas a um caráter orgânico. Ele implica o processo das aquisições instrumentais – psicomotoras, cognitivas e de linguagem – e está articulado ao modo pelo qual um bebê ou criança se apropriará psiquicamente do funcionamento das diferentes funções orgânicas. (J. Jerusalinsky, 2002, p. 150)

Num texto acerca dos resultados da pesquisa multicêntrica, Kupfer *et al.* (2008) descrevem que, em sua pesquisa, foi privilegiado o “papel articulador de conjunto que, para o desenvolvimento, tem a relação mãe-filho [...] privilegiando, então, o eixo da relação do sujeito psíquico com o desenvolvimento” (p. 223). Nesse sentido, para melhor discernir os elementos que diferenciamos com Julieta Jerusalinsky, faço referência ao que Kupfer *et al.* (2008) consideram como origens de sinais maturacionais: o funcionamento do sistema labiríntico, sinergias, controle da performance motora, funcionamento dos sistemas biológicos, genéticos e/ou neurológicos. Em termos de desenvolvimento, os autores destacam aspectos como aprendizagem, hábitos, inteligência, psicomotricidade, socialização e as funções imaginárias do eu. Já no eixo da constituição do sujeito, os autores situam as operações de separação/alienação, alternância/descontinuidade, função paterna, construção da demanda e sintomas de estrutura que posicionam questões de filiação, sexuação e as identificações.

Interessou-me, então, enfrentar a seguinte questão: qual é a diferença entre os dezoito indicadores que são sensíveis ao provável risco de impasses no processo de constituição e os

outros Indicadores, destacando-se a especificidade dos primeiros? A respeito disso, Kupfer *et al.* (2008) comentam:

...o instrumento como um todo tem valor preditivo para problemas de desenvolvimento, mas não para risco psíquico. A intenção inicial do estudo era a de poder encontrar, preferencialmente, indícios precoces de evolução ulterior de patologias graves, como a psicose e o autismo (p.226).

Nesse aspecto, a pesquisa falhou, segundo informações desses autores, “porém há indicadores que ficaram sinalizados individualmente e/ou em matrizes fatoriais com capacidade de predição de risco psíquico de um modo genérico e sem especificação de patologia.” (p. 226)

Em destaque, os dezoito indicadores em questão são: (1) Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer? [SS/ED]; (2) A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”)? [SS]; (3) A criança reage ao “manhês”? [ED]; (4) A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação? [PA]; (5) Há trocas de olhares entre a criança e a mãe? [SS/PA]; (6) A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades? [ED]; (7) A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela? [ED]; (8) A criança procura ativamente o olhar da mãe? [ED/PA]; (9) A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção? [ED/SS]; (10) Durante os cuidados corporais, a criança busca, ativamente, jogos e brincadeiras amorosas com a mãe? [ED]; (11) Mãe e criança compartilham uma linguagem particular? [SS/PA]; (12) A criança estranha pessoas desconhecidas para ela? [FP]; (13) A criança faz gracinhas? [ED]; (14) A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada? [ED]; (15) A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses? [ED/FP]; (16) A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas? [ED/FP]; (17) A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede? [FP]; (18) Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança? [FP].

Ao retomá-los, com suas especificidades para o sofrimento psíquico, parece-me que a presença desses indicadores na relação entre o bebê e o seu cuidador não depende, diretamente, apenas de aspectos maturacionais. Tomemos como exemplo o primeiro indicador, que lança mão da suposição certa, por parte do cuidador, de que, naquele organismo ao qual é direcionado o cuidado, alguém está instalado, além de se basear no fato de que esse cuidador saberá o que é necessário para uma saciedade, de acordo com certos padrões que se produzirem no organismo – (1) quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer? [SS/ED].

Essas observações levam-me a sustentar, por exemplo, a importância da suposição do sujeito nos casos de microcefalia ou de outros adoecimentos de base orgânica. Isso porque, naquele organismo do qual se cuida, é preciso construir uma subjetividade em meio à relação parental, mesmo que os limites desse organismo ofereçam restrições.

### **CAPÍTULO 3 - O SUJEITO DO INCONSCIENTE PELOS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Ao discutir o trabalho com crianças, frequentemente, deparo-me com os termos constituição psíquica, constituição subjetiva e constituição do sujeito. Foi preciso delinear tais noções, de forma clara, para prosseguir com este trabalho, tendo em vista a necessária referência ao psiquismo e ao risco de sofrimento entrelaçados à questão sobre os Indicadores.

Passo a discorrer, então, a respeito das elaborações, na teoria psicanalítica, sobre a constituição do sujeito, que oferecem noções balizadoras desse processo de constituição. Em um primeiro momento, busco especificar o estatuto de sujeito a que se referem os IRDI.

Kupfer *et al.* (2009, p. 50) esclarecem que:

O sujeito é uma noção que não coincide com as noções de Eu ou de personalidade, mas uma instância psíquica inconsciente. Constrói-se, desde o início da vida de uma criança, a partir de um campo social pré-existente – a história de um povo, de uma família, do desejo dos pais – mas também a partir dos encontros, intercorrências e acasos que incidem na trajetória singular da criança. Do campo da cultura e da linguagem virão as chaves de significação em torno das quais a criança deverá construir para ela própria um lugar único. Desse processo, surgirá o sujeito psíquico, aqui concebido como um elemento organizador do desenvolvimento da criança em todas as suas vertentes – física, psicomotora, cognitiva e psíquica.

Essas considerações sobre o sujeito remetem-nos ao fato de o laço com outro humano ser fundamental na constituição psíquica. Isso porque a posição psíquica da criança em sua relação com a alteridade é que vai sustentar, “marcar e sistematizar as funções orgânicas, anatômicas, musculares e neurofisiológicas do bebê ou da criança pequena” (Pesaro, 2010, p. 25).

Busquei, ainda, em Kupfer *et al.* (2009, p. 51-52), a referência acerca das balizas dessa constituição psíquica. Segundo tais autores, os eixos teóricos que serviram como ponto de partida para a construção dos indicadores foram “suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna”, como visto no capítulo anterior deste texto. Além disso, é possível encontrar tal afirmação, também, em Pesaro (2010, pp. 22-

23), de acordo com a qual, “Suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância entre presença e ausência e instalação da função paterna” são os eixos teóricos – referências da teoria psicanalítica – a partir dos quais foram criados os indicadores, como, reforço, abordei, anteriormente, na apresentação dos IRDI.

Para além do modo como foram descritos tais eixos no tópico 2.2 desta dissertação, *Estrutura, Constituição e instrumento: os IRDI como pretexto imaginário para uma produção narrativa*, há outra referência que utilizei na busca pelos conceitos em questão. Trata-se de Catão (2009, p. 74-75), que define os eixos do seguinte modo:

a. Suposição de sujeito: em referência ao Estádio do Espelho, momento em que a mãe antecipa o que vê no corpo de seu bebê, em que ela nomeia o que ainda não está lá para que ele possa advir. Esse olhar é fundador do corpo da criança.

b. Estabelecimento da demanda: quando o cuidador interpreta os gritos, choros e movimentos do bebê como um pedido dirigido a ele – a tradução dos gritos, choros e movimentos do bebê, transformados em demanda, fazem a mensagem retornar para a criança em forma de questionamento: “O que você quer?”.

c. Alternância presença-ausência: o ato de responder e não responder, alternadamente, aos pedidos do bebê, deixam um intervalo de resposta para a criança. Essa descontinuidade é essencial para que o bebê se posicione e para que o sujeito possa advir.

d. Função paterna: quando a mãe ou cuidador faz referência a um terceiro, ficando impedida(o) de ser único objeto de gozo da criança, o que permite que a função paterna se instale, levando a criança a procurar novos modos de satisfação.

Graças ao texto acima, por meio da referência feita pela autora, foi possível encontrar as obras que inspiraram o estabelecimento dos eixos de constituição do sujeito na construção dos IRDI. Trata-se de Vorcaro (2004/[1997]) e Julieta Jerusalinsky (2002), que se inscrevem, respectivamente, na lógica da topologia de Jacques Lacan, partindo do estatuto simbólico, e no funcionamento e estruturação simbólica do sujeito do desejo. Dialogarei com tais autoras, mais especificamente, nos dois subitens deste capítulo, pois é com base em seus textos que delineio a noção de constituição do sujeito em psicanálise.

### **3.1 Constituição do Sujeito no Trançamento entre Real, Simbólico e Imaginário**

Para iniciar as considerações deste tópico, retomo Vorcaro (2002), que destaca a articulação entre tempo, estímulo e estrutura. A autora ressalta, além disso, a questão suscitada pela presença desses termos em nossas [psicanalistas que trabalham com bebês e crianças pequenas] “hipóteses de trabalho” e “no que há de imaginário em nossos operadores clínicos”, de maneira premente com a primeira infância (p. 11-12).

Com base nas elaborações do psicanalista francês Jacques Lacan, Vorcaro (2002, p.12) indica que não há saber em se tratando de gozo do organismo “porque, sem a mediação significante, vivo e gozo se equivalem.”. Ela justifica, nessa afirmação, a importância da noção de instinto para os psicanalistas que lidam com bebês em sua prática clínica e elaboração teórica. A autora propõe, ainda, a seguinte definição para o termo instinto: “saber do qual não se é capaz de dizer o que isso quer, mas que se presume que tenha como resultado que a vida subsista.”.

Essa problemática leva-nos a outro texto dessa autora, em que ela discute o momento inicial da constituição, situado nos limites do que sabemos, ou seja, essa impossibilidade ao saber sobre o gozo do organismo. Para ela, na “hipótese de que as manifestações da criança são atos que escrevem o texto que cifra a leitura de sua relação com a alteridade, constituindo sua realidade psíquica”, está inserida qualquer tentativa de escrever a lógica psicanalítica do processo de estruturação do sujeito (Vorcaro, 2004/[1997]), p.65).

O objetivo da autora, nesse ponto do seu trabalho, é referir-se aos três registros – simbólico, imaginário e real – que serão enodados em uma trança, que compõe seis movimentos, sendo, esta, a sua versão para o processo de constituição do sujeito. Nesse sentido, Vorcaro pontua que sua “investigação conceitual, tributária da urgência da clínica, trabalhará [...] na perspectiva de diferenciar as dimensões em que o ser se constitui em sujeito” e que “nessa perspectiva, o caráter simbólico da teoria se distingue nodulado ao

registro imaginário, que apresenta consistência, e à materialidade real que o causa” (Vorcaro, 2004/[1997], p.65).

A relação de distinção proposta não visa hierarquizar tais dimensões, mas, sim, estabelecer uma diminuição do recurso ao sentido, ou seja, ao imaginário. Objetiva, também, a “redução do real à sua insistência que faz tropeço, descontinuidade ao sentido.”. Interessa, pois, à autora, “situar a constituição do sujeito, a partir do estatuto simbólico da teoria, [que] é considerar lacunas que rasgam a ficção de domínio do sentido, diferenciando as dimensões do imaginário e do real” (Vorcaro, 2004/[1997], p.66). Isso foi realizado com base na topologia do nó borromeano, conforme Lacan o propôs em seus Seminários 21, 22 e 23 (1973-1974; 1974-1975; 1975-1976). De maneira geral, a autora define R, S, I da seguinte maneira:

R - O real é isso em que o inconsciente se sustenta, portanto, a coisa inapreensível, este cúmulo de sentido que constitui enigma, o único quinhão de saber que se tem. Enquanto dimensão pura de existência (Há), é obstáculo do qual nada pode ser deduzido. A incessante impossibilidade de se dizer disso qualquer coisa faz com que esse existente sustente a repetição do indefinível.

S - O que faz com que o real possa ser tomado como ponto mergulhado e situável num lugar do espaço é o simbólico (Há discernível). O termo que o escreve em sua ausência, que lhe confere incidência no campo discursivo, sem o qual nada se diria, permite a veiculação cifrada que o envolve, produzindo o deslizamento significativo substitutivo deste inapreensível, coincidindo com ele, sem equivaler a ele: há um.

I - O reflexo dessa coisa, pelo que a representação responde, suspendendo esse deslizamento com uma intuição, com um sentido que toma o corpo. Trata-se do Imaginário que, no homem, faz a consistência do que o rodeia, na mesma relação de reificação em que é capturado pela imagem do seu corpo. O imaginário é a condição de representação desse ponto e de sua circulação, no que ele é “como se fosse x”, parecido com outros e, portanto, dessemelhante a outros: Há semelhança. É o que lhe atribui uma relação definível, que o liga a outros, consistindo numa rede de semelhanças e dessemelhanças. A realidade deste representável é o que lhe permite deslocar-se de representação em representação, onde refrata o discernível em propriedades de semelhança e de dessemelhança. (Vorcaro, 2004/[1997], p.65)

Destacando a insuficiência do filhote humano, caso sejam mantidas as suas possibilidades instintuais, Vorcaro (2002, p. 12) qualifica a alteridade e a capacidade do bebê de ser enlaçado por essa instância alteritária; a já citada escansão temporal depende, acompanhando a autora, desse registro trazido por outro humano. A autora comenta: “O bebê humano é



guiado pela intervenção da alteridade que significa o organismo e assim desfalca o instinto vital de sua plenitude. [...] A alteridade opera a perda do gozo instintual, inserindo-o [o organismo] no campo da linguagem.”; daí, em consonância com a autora, é possível afirmar que não é qualquer pessoa que pode fazer operar essa produção de efeitos de significação num organismo, de modo que há de se considerar que, para fazer, desse organismo, o corpo de alguém, é preciso marcá-lo da posição de alteridade.

Vorcaro, inspirada em sua clínica e elaboração teórica psicanalítica, alavanca os cuidados dedicados ao bebê ao estatuto de “interpretações em atos simbólicos, cujos sentidos são imperativos por arbitrarem valor, constringindo a pureza do gozo da vida, ao acolhê-lo, emoldurando e decidindo sua significação.”. A autora também posiciona, inspirada na expressão lacaniana que será recortada com precisão, a dependência do desejo da mulher na função materna, já que “diante desse desejo, uma criança não é indiferente, pois ela autoriza a máscara da repetição do gozo” (Lacan, 1991/[1969-1970], p. 82).

Retomando a construção de Vorcaro (2002, p. 13), destaco que a autora expõe o papel dessa função materna de incitar e franquear o gozo nessas relações primordiais. É possível entender com ela, também, “que sua [da mãe] condição de ser falante impede reproduzi-lo [o gozo], ela convida a criança a simulá-lo, com a linguagem, na repetição que é, sempre, máscara do que teria havido.”.

A autora é precisa ao situar, ainda, o eixo teórico Estabelecimento de Demanda neste trecho:

Fazendo-se órgão extracorpóreo da criança, ela [pessoa responsável pela função materna] reconhece as urgências vitais e simula a equivalência destas à decisão que toma quanto a significação que teriam. A mãe faz, de si mesma, o instrumento da vivência de satisfação do filho, na medida em que ela se prende ao que a própria natureza orgânica da criança oferece como suportes dispostos em oposição. (Vorcaro, 2002, p. 13)

Outro eixo caracterizado pela autora é a Suposição do Sujeito e a sua dinâmica relacional com o Estabelecimento da Demanda. Isso é notável no trecho: “O organismo tomado pela mãe como ser passa a obedecer a uma univocidade de signos, pressupostos por sua mãe como partilhados com seu filho, numa linguagem capaz de realizar uma fusão com ele” (Vorcaro, 2002, p. 13).

A referência a Lacan é constante, e seria impossível seguir sem trazê-lo a este texto, desta vez, em seu seminário sobre a angústia, sobre o sujeito do desejo e o que lhe causa. Em consonância com a autora supracitada:

Ele [o sujeito dividido] lhes apresenta o x de um sujeito primitivo que vai em direção a seu advento como sujeito, conforme a imagem de uma divisão do sujeito S em relação ao A do Outro, já que é por intermédio do Outro que o sujeito \$ deve se realizar. (Lacan, 2005/[1962-1963], pp. 191-192)

Outro trecho desse seminário que nos situa em termos referenciais é este: “sua primeira posição, deixa esse sujeito indeterminado quanto à sua denominação [...] Trata-se do sujeito do gozo, [...] mas não podemos isolá-lo como sujeito, a não ser miticamente” (Lacan, 2005/1962-1963, p. 192). Seguindo um pouco mais com Lacan, ele propõe pensar o objeto a como “irredutível”, como um “resto”: “O \$ é o término dessa operação em forma de divisão, já que o a é irredutível, é um resto, e não há modo de operar com ele.” (Lacan, 2005/1962-1963, p. 193). Também é preciso considerar que, da suposição de inteireza posta na relação mãe-bebê, já se supõe uma divisão, ou seja, os eixos suposição de sujeito, estabelecimento da demanda e alternância presença e ausência estão logicamente organizados num arranjo de escansões e são separados teoricamente apenas para fins didáticos, como já colocado. Essas escansões têm, na matriz simbólica, seu balizamento, porém, o caráter de divisão que permeia tal registro impõe pensar esse resto irredutível, impossível de situar em termos simbólicos.

De volta à elaboração de Vorcaro (2002), ela articula o seguinte:

...lendo como significante e estabelecendo o sentido do texto orgânico do filho [inacessível na completude instintual, do gozo pleno de vida], ela o ultrapassa [o

texto], antecipando um sujeito, ao mesmo tempo que estende, instala e atribui à criança a posição indeterminável de um sujeito do gozo. (p. 14)

É nesse ponto que ela nos introduz na discussão da alienação plena como uma posição constitutiva necessária e já marcada pelo impossível. A criança, nessa escansão, é posta em relação com seus objetos e se vê objeto nessa relação com o agente da função materna.

É preciso, novamente, retomar Lacan – desta vez, o seminário sobre essa relação de objeto:

A dolorosa dialética do objeto, ao mesmo tempo ali e nunca ali, em que ela [a criança] se exercita, nos é simbolizada neste exercício genialmente captado por Freud [o fort-da de seu neto] em estado puro, na sua forma isolada. Esta é a base da relação do sujeito com o par presença-ausência, e com a ausência na medida que esta constitui a presença. A criança aniquila, na satisfação, a insaciedade fundamental dessa relação [...] toda satisfação posta em causa na frustração advém sobre o fundo de caráter fundamentalmente decepçante da ordem simbólica. A satisfação aqui não passa de substituto, compensação. A criança anula o que há de decepçante no jogo simbólico, na captura oral do objeto real [seio - boca] de satisfação, no caso, o seio. O que adormece é justamente sua decepção, sua frustração, a recusa que, na ocasião, ela experimentou. (Lacan, 1995/[1956-1957], p. 186)

Chegando a essa escansão, Vorcaro (2002) retoma as suas considerações esclarecendo a alternância entre tensão e apaziguamento e revelando a sua referência a Lacan no trecho já citado: “A possibilidade do apaziguamento permitir a cessação do estímulo adverso que provoca a tensão faz funcionar a alienação numa alternância de reciprocidades que se opõem ao mesmo tempo que se anulam, e portanto, se equivalem” (p. 14). Em sua reflexão acerca da montagem subjetiva, a autora em questão comenta o seguinte:

...este funcionamento simbólico acéfalo do organismo [como] o leito estrutural necessário em que se situa a cadeia significante que comanda a presentificação do assujeitamento do ser, o lado desse vivo chamado à subjetivação que dispõe do funcionamento sincopado antes de engajar-se na linguagem ou de aí localizar um semelhante. (Vorcaro, 2002, pp. 14-15)

No seminário sobre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, de Jacques Lacan, encontro a entrada da alteridade nesse processo de constituição:

O Outro é o lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. E eu disse – é do lado desse vivo, chamado à subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão. (Lacan, 1985/[1964], p. 200)

E mais,

No psiquismo não há nada pelo que o sujeito se pudesse situar com ser de macho ou ser de fêmea. Disso o sujeito, em seu psiquismo, só situa equivalentes – atividade e passividade, que estão longe de representá-la de maneira exaustiva. (Lacan, 1985/[1964], p. 200)

Outra passagem fundamental para um esclarecimento sobre essa relação pulsional que é não toda está na mesma aula de Lacan citada anteriormente:

Que seja a pulsão, a pulsão parcial, que então o oriente, que só a pulsão parcial seja o representante, no psiquismo, das consequências da sexualidade [desnaturalização, na e pela linguagem, do instinto – suposto gozo do vivo], aí está o signo de que a sexualidade se representa no psiquismo por uma relação do sujeito que se deduz de outra coisa que não da sexualidade mesma. A sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta. Duas faltas aqui se recobrem. Uma é alçada do defeito central do qual gira a dialética do advento do sujeito a seu próprio ser em relação ao Outro – pelo fato de que o sujeito depende do significante e de que o significante está primeiro no campo do Outro. Esta falta vem retomar a outra, que é a falta real, anterior, a situar no advento do vivo, quer dizer, na reprodução sexuada. A falta real é o que o vivo perde, de sua parte de vivo, ao se reproduzir pela via sexuada. (Lacan, 1985/[1964], pp. 200-201)

Só a partir dessas proposições lacanianas é que é possível, com Vorcaro (2002, p.15), destacar que “o organismo é dito pelo ser agente materno, ou seja, ser que não sabe dizer, de seu próprio lugar <<eu sou>>, mas que é dito de outro lugar <<ele é>>.”. O fato de a pessoa que ocupa a posição de função materna também estar submetida à linguagem, por ser falante, o que implica, segundo Vorcaro (2002, p.15), estar “submetida à língua, ou seja, sob a lei do significante, que não equivale a nenhum outro significante, nem a si mesmo” é o que possibilita o surgimento de certa “equivocidade entre mãe e criança.”. Torna-se perceptível, com isso, a natureza do eixo presença-ausência em termos de ratificar a falha simbólica, referência necessária para a falta, registro do real no corpo desse que se constitui como alguém.

Seguindo com Vorcaro (2002, p.15), a falta supracitada equivale a um “oco da defasagem temporal” frente a qual “o *infans* [grifo da autora] ocupará a posição vazia por meio do grito,

substituindo o termo sustentador da alternância, que não compareceu em seu lugar, onde já podia ser esperado.”.

Vorcaro (2002, p. 16) retoma a tríade privação – frustração – castração como termos modalizadores da “falta de objeto”, em que “o primeiro é a falta real de um objeto simbólico”, o segundo “é o dano imaginário de um objeto real” e o terceiro “é a falta simbólica de um objeto imaginário”. Isso a leva a afirmar que:

...na condição de privação [hiância acidental na sustentação dessa primeira estrutura simbólica], algo falta em seu lugar, <<há um nada ali>>. A falta, portanto, só é apreensível por intermédio do já estruturado (do simbólico), onde algo inominado falta na posição esperada. (Vorcaro, 2002, pp.15-16)

A autora propõe que o recalque originário se traça a partir do apelo – grito que “é corpo que se oferece ao que falta na alternância simbólica, que situa a criança entre a noção de um agente que participa da ordem simbólica e o primeiro elemento de uma ordem simbólica” (Vorcaro, 2002, p. 16). Há, aí, para Vorcaro (2002), a possibilidade de um afastamento da linguagem:

No momento em que a criança encontra a falta num dos termos da estrutura simbólica constituída por alternância do casal primitivo de articulação significativa, a coisa desconecta-se de seu grito, elevando-a à função de demanda no grito significativa da coisa. O grito que antes preenchia o oco, agora – pelo efeito constituinte da falta – desliza para traçar a falta e borderar o orifício do corpo, ultrapassando a função fonatória do organismo. (p. 17)

Esses são os primórdios de um si mesmo, na direção de constituição, conforme elaborações de Angela Vorcaro (2002). Continuo, então, o diálogo com essa autora, que acentua o caráter não subjetivo de “ser idêntico ao seu próprio significante” e pontua que:

...a partir da separação de um significante - mestre, esse significante se define no organismo perdido pelo indivíduo biológico, para orientar a constituição do corpo onde se inscreverão todos os outros significantes. Para Lacan [...] há, na estrutura, uma ligação significativa completamente radical: o elemento de impossibilidade como fato de estrutura. (Vorcaro, 2002, p. 17)

Essa autora, a partir de toda a sua construção teórica, afirma que “é nesse ponto da primeira ligação – do ao – que se abre a falha chamada sujeito, falha onde os efeitos da

ligação significante operam. Produz-se uma cadeia que induz e determina essa posição de sujeito” (Vorcaro, 2002, p. 17). Ainda segundo Vorcaro, é um significante articula-se a outros deles, ordenando-os, justamente em função d’esse um significante representar um sujeito para todo outro significante; a autora complementa, ainda: “Entretanto, o sujeito que ele representa não é unívoco. Está e não está representado: algo fica oculto em relação a esse mesmo significante, pois a linguagem deixa as coisas nessa hiância” (Vorcaro, 2002, p. 17).

A teórica aponta, também, outros nomes para essa hiância: “real”, “efeito de linguagem” e “pai real”. Além disso, é esclarecido que “o pai real difere do pai da realidade imaginado como privador. A posição estrutural do pai real como impossível tem como efeito que o pai seja imaginado necessariamente como privador. Sua imaginarização deve-se ao que escapa: o pai real” (Vorcaro, 2002, p. 18).

A importância da função paterna como eixo de constituição é o que atravessa a função materna na sua condição languageira, mas também situa essa privação necessária, em que as bordas essenciais ao psiquismo para se relacionar com o seu meio e com os outros serão registradas. A autora sinaliza, ademais, que:

Na medida do funcionamento da linguagem, ela se demonstra pelos seus efeitos que são sempre retroativos. Assim, ela manifesta que ela é falta a ser: a linguagem é demanda que fracassa; não é seu êxito, mas sua repetição, que engendra a dimensão da perda. (Vorcaro, 2002, p. 18)

Em relação a essa retroação, é possível situar a atuação de um profissional com os IRDI como uma possibilidade de viabilizar essa passagem, por meio de linguagem, pelos elementos da demanda que fracassam. Isso oportunizaria pequenas modificações na repetição em que vivem o bebê e o seu cuidador.

### **3.2 Constituição do Sujeito na Escansão Temporal**

Existe um destempo entre o que se espera de realização dos bebês e as possibilidades que existem para tal, em especial quanto àqueles que apresentam problemas. Para Julieta Jerusalinsky (2002, p.79), este é o lugar “de quem não pode cumprir com a normatização cronológica do desenvolvimento estabelecida como referência para crianças da nossa cultura.”

Por compreender que a clínica com bebês, chamada de precoce, tem uma relação direta com a questão do tempo, a autora discute a questão do destempo, tendo em vista a importância do aspecto temporal, também, para bebês que não apresentam agravos. A autora pergunta: “no que difere este destempo ao qual fica deparado um bebê com problemas do destempo que é constituinte do sujeito na infância?” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 79).

Ressalto a delicadeza com que é preciso considerar o campo da psicopatologia que dá base a essa clínica com bebês, o que sustenta a afirmação de que, quando nos defrontamos com a urgência temporal de um bebê em termos de cuidado, não há como adiar. Acompanho a autora em sua posição teórica sobre a constituição psíquica, em especial na aposta de que é possível cuidar de alguém que está se construindo – no tempo do acontecimento constitutivo. Nesse sentido, isso não deixa dúvidas quanto à posição diagnóstica nesse momento: não há diagnóstico possível na primeiríssima infância.

Freud (1914/[2004]) aborda a maneira como o narcisismo dos pais, depois de ser, por eles, renunciado, é depositado em seus rebentos. O autor nos sugere considerar que “eles se veem compelidos a atribuir à criança todas as perfeições – ainda que uma avaliação sóbria não desse motivo para tal – e tendem a encobrir e esquecer todos os defeitos dela” (p. 110).

Essa afirmação freudiana ajuda-nos a situar a delicada posição que um diagnóstico pode tomar no investimento dos pais em sua relação com o bebê, especialmente quando consideramos que, ali, há algo em operação de constituição, que se encontra, portanto, não definida, aberta. É na delicada relação narcísica dos pais que figura a possibilidade de supor sujeito no organismo em que ainda não se presentifica alguém.

Freud (1914/[2004], p.110) também afirma, nesse texto, que, na relação entre pais e bebê:

...prevalece a tendência de dispensar a criança da obrigação de reconhecer e respeitar todas as aquisições culturais que outrora os pais foram obrigados a acatar em detrimento de seu próprio narcisismo. Também se inclinam a reivindicar para a criança o direito a privilégios aos quais eles, os pais, há muito, tiveram de renunciar.

O psicanalista alemão lança luz, então, sobre a fundante relação de demanda que se estabelece entre os pais e a criança, em uma espécie de pedido de realização, ou seja, de que, ali, onde não se reconhece, ainda, um alguém constituído, possa advir a realização do que foi impossível para os pais. Faz-se relevante destacar, também, nesse trecho, a importância das sanções e da renúncia, em que algo fica para depois nesse jogo de realização, nessa impossibilidade de se situar na completude da realização.

Freud (1914/[2004], p.110) prossegue, dizendo que:

A criança deve ter melhor sorte que seus pais, não deve ser submetida aos mesmos imperativos que eles tiveram de acatar ao longo da vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrições à própria vontade não devem valer para a criança; as leis da natureza, assim como as da sociedade, devem se deter diante dela, e ela deve realmente tornar-se de novo o centro e a essência da criação do mundo. His majesty the baby, tal como nós mesmos nos imaginamos um dia. A criança deve satisfazer os sonhos e desejos nunca realizados dos pais.

É desse ponto destacado por Sigmund Freud que Julieta Jerusalinsky (2002, p. 80) parte para esclarecer sua proposta acerca do “destempo estrutural que opera na infância”. Segundo ela, enquanto o bebê é incapaz até mesmo de sobreviver, já lhe são endereçados grandiosos feitos e qualidades:

...temos aí uma desproporção e é diante de tal desproporção que a infância transcorre: entre a insuficiência das condições reais do bebê e o que já aparece para ele antecipado como potência a partir da estrutura, sem que tenha condições simbólicas reais de realizar. É com seu corpo descoordenado dominado por reflexos arcaicos, com sua cabeça careca e sua boca desdentada que é colocado no pedestal de “princesinha da casa” ou no pódio de “craque de futebol”. (J. Jerusalinsky, 2002, p. 80)

Atualmente, é possível pensar, com base nesses recortes que evidenciam a importância do que os cuidadores de um bebê dizem sobre o seu filho, acerca do quanto os responsáveis têm se envolvido de maneira alheia nesse dizer, sendo, por vezes, impossível operar a abertura



para a matriz simbólica. Há, enfim, a inviabilidade de se produzir um efeito de posição na história que inventam para aqueles que chegam e precisam de um lugar simbólico no discurso.

É interessante, neste momento, pensar que os IRDI podem, a partir do formato de instrumento, que dá uma noção de totalidade do processo, oportunizar que se produza, no adulto, uma atividade de invenção e contação de uma história para o bebê. Nesse sentido, vale destacar que a diferença entre uma narrativa imaginária sobre o bebê (imagem ideal sobre alguém que não existe) e uma narrativa permeada pela lógica do registro simbólico é a inserção do pequeno na e pela linguagem. Esta segunda não é uma história sobre o bebê, mas dele, nele (à medida que precisa do seu corpo para enunciar-se) e com ele.

A autora citada assinala, ainda, a posição passiva do adulto em relação ao que se passou, ressaltando o infantil do qual ele padece. Para ela, tal posição evidencia-se em certas marcas do tempo da “infância que o constituíram, que lhe permitem ser quem é, mas que, ao mesmo, são fonte de sofrimento naquilo que seus sintomas reatualizam.”. Seu contraponto é que “na infância sofrem-se os efeitos de uma posição de passividade em relação ao futuro, já que seria no futuro que, imaginariamente, se realizaria o ideal” (J. Jerusalinsky, 2002. p. 81).

A clareza com que J. Jerusalinsky (2002) expõe sua ideia a respeito do destempo, esse desencontro que está tanto no adulto quanto no bebê, situa sua aposta de que o desencontro temporal é estruturante do desejo humano. O que ela acentua, com isso, é a falácia da nostalgia da infância, por parte do adulto, e, por parte da criança, o engodo quanto à chegada da idade adulta como tempo de realização de certos ideais. Acompanho a autora:

...em relação ao encontro do sujeito com o objeto de satisfação, sempre é cedo ou tarde demais. O sujeito sempre fica situado num destempo de desencontro com o objeto pela temporalidade do funcionamento desejante. Essa questão não se ordena ou se resolve por efeito da cronologia, pois, por mais que o tempo passe, o encontro com o objeto não se produz. Justamente porque trata-se aí de um destempo que é estruturante do desejo. É no destempo que o sujeito do desejo produz sua enunciação, entre o que

imagina ter sido desde sempre num passado já inscrito e a posição de um futuro que não terá sido senão enquanto futuro anterior. (J. Jerusalinsky, 2002, p. 81)

Nesse sentido, um efeito esperado da aplicação dos indicadores que estudo nesta pesquisa é o de produção de uma enunciação que envolva o bebê, reservando-lhe um lugar simbólico. Trata-se, assim, de um circuito que comporta o destempo entre o que desejam do pequeno e o que ele realiza.

Para Julieta Jerusalinsky (2002, pp. 85-92), existem três registros do tempo na clínica com bebês, a saber: o “tempo real”, a “temporalidade imaginária” e a “temporalidade simbólica”. Sobre o primeiro registro, ela esclarece: “enquanto a flecha do tempo aponta a uma direção sem retorno, este tempo que se esvai independentemente dos nossos atos e vontades, ao qual nosso organismo está submetido, dado que a passagem do tempo tem efeitos nele.”. Sobre o segundo registro, ela afirma: “a partir da normatização cronológica do desenvolvimento, produz a formação de antecipações imaginárias acerca do que se “deve esperar” (e demandar) da produção do bebê a cada idade.”. Para conceituar o terceiro registro, da temporalidade simbólica, a autora propõe que “as aquisições – de linguagem, psicomotricidade e aspectos cognitivos – estão reguladas por uma legalidade interna de construção que implica a sucessão de diversos passos pelos quais é imprescindível passar, ainda que alguns bebês, cronologicamente, passem por eles um pouco antes, outros um pouco depois e ainda que algumas crianças não cheguem a atingir seus patamares mais complexos.”.

Para J. Jerusalinsky, essa normatização cronológica do desenvolvimento “consiste na correlação entre uma idade e determinadas aquisições – por exemplo, sentar-se com 6 meses, caminhar com um ano, dizer as primeiras palavras até um ano e meio. A partir do que vigora para a maioria, é estabelecida uma ‘norma’ quanto aos ‘padrões de normalidade do desenvolvimento’, e a exceção à norma passa a ser tomada como indicador de que algo não está bem com o desenvolvimento do bebê ou da criança em questão” (J. Jerusalinsky, 2002, p.

89). Os indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil compõem, em sua forma de instrumento, correlações dessa natureza, de correspondência entre o que o bebê produz e o que se espera. Porém, quando da utilização dos IRDI, é possível que um efeito de produção discursiva por parte do responsável seja ativado, ou seja, quando convidado a contar a história de como se relaciona com seu bebê, há a possibilidade de que o adulto possa inventar uma relação com a criança. Entendo que esse efeito de escansão simbólica só pode operar graças a um efeito de destempo, que permeia o instrumento em razão do seu embasamento, quanto à problemática da constituição do sujeito, na teoria psicanalítica.

Ainda acerca do último registro da temporalidade na clínica com bebês – a simbólica –, a autora destaca a necessidade de se “considerar que a constituição do sujeito psíquico não se dá por uma sucessão de etapas. A constituição do sujeito implica um tempo lógico” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 92). Tal fato me faz retornar aos indicadores e seus critérios de detecção de risco; não se trata, por exemplo, no uso do IRDI-18, de supor que o bebê com três meses que não apresenta o indicador “(4) A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação?” não conseguirá, aos doze meses de vida, suportar bem as breves ausências da mãe (referência ao indicador 16 constante do IRDI-18: A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas).

Por se tratar de um tempo lógico, e não do tempo cronológico, a constituição do sujeito não se dá a ver como uma continuidade, pelo contrário. É preciso marcar a qualidade das relações no descompasso, em que o futuro da criança é antecipado pela fala do cuidador, implicando movimento psíquico de ambas as partes, em direção à antecipação e à retroação (J. Jerusalinsky, 2002). Nesse sentido, é válido resgatar o alerta feito pela autora: “quando se desconsidera algum dos três registros do tempo implicados nesta clínica, desfigura-se o marco necessário para a constituição como sujeito e o advento das aquisições instrumentais de um bebê” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 94).

São questões como filiação, sexualidade, morte e identificações que estão em jogo na instauração de “diferentes tempos simbólicos de um sujeito (estádio do espelho, complexo de Édipo, crise da adolescência etc.), nos quais os eventos psíquicos são inscritos e reinscritos à medida em que um sujeito pode recapitulá-los de um novo modo” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 92). Se os Indicadores de risco que abordo aqui têm, em seu conjunto e enquanto instrumento, características do registro de uma temporalidade imaginária, por supor um percurso fechado pelos itens já citados, presume-se que o seu uso desperte efeitos nesses descompassos temporais característicos da temporalidade simbólica.

Considerando que a autora em questão problematiza que “o tempo do desejo e a normatização cronológica do desenvolvimento se desconhecem mutuamente, se contradizem, situando o bebê e a criança num destempo” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 94), é importante considerar a discussão e seu impacto nos usos dos IRDI. É preciso dar relevância aos efeitos possíveis desse uso, tais como tamponamento, consideração ou até apagamento dessa dimensão contraditória, inexata e paradoxal da constituição, em que, muitas vezes, algo que se supõe último na ordenação constitutiva pode se antecipar, ao passo que o que se presume anterior pode, ainda, não ter se efetivado.

A crença de que o caráter longitudinal que deu base à pesquisa de criação do IRDI o situa como um percurso que é suposto em toda e qualquer criança pode sugerir, para um observador desavisado, que a função do instrumento é prever, com base em fenômenos observáveis, o risco de sofrimento psíquico. Essa dimensão do que é visto e corresponde a uma conformidade com a representação pode ser tomada como algo que opera em termos imaginários. Porém, ao me deter tanto aos indicadores e seus eixos teóricos de sustentação, constatei que atravessa, em todo o IRDI, a aposta de movimentos na posição dos pais e do bebê em sua relação discursiva, com especial ênfase à dimensão simbólica. Um uso interessante do IRDI pode cuidar dessa relação complexa em que a alienação e a separação

precisam ser operadas por cada bebê, junto dos seus cuidadores – o que foi abordado neste capítulo acerca da constituição.

Considero, valendo-me da contribuição de Julieta Jerusalinsky (2002, p.95), que “os termos precocidade, prevenção e desenvolvimento” precisam ser colocados a operar na clínica de maneiras diversas, já que “estão perpassados pela perspectiva em que se tome a temporalidade em relação à constituição de um bebê”. Acrescento, ainda, a esses três, o termo predição.

Sobre o tempo, destaco sua face lógica e cronológica. Considerarei o tempo lógico como propõe Lacan (1998/[1945]), no Escrito “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada”. Nesse trabalho, o psicanalista aborda o sofisma dos prisioneiros que, para que saiam da prisão, precisam se referenciar aos outros companheiros de cela. O trabalho psíquico de um prisioneiro ocorre tanto pelas marcas que os outros possuem, quanto pelo tempo em que agem antecipadamente sobre as certezas com as quais podem concluir a sua própria marcação. Os elementos nos tempos de olhar, de compreender e de concluir são posições de se reconhecer na semelhança de um espelho, deixar-se tomar por essa representação e se perceber, nela, insuficiente, para que se possa movimentar-se a partir disso que já se marcou.

O trabalho temporal dos IRDI é uma estruturação lógica que precisa ser compreendida na sua complexa amarração com o tempo cronológico. É nesse tempo cronológico, como contagem racional que organiza e dá sentido, de maneira consciente, ao futuro, ao presente e ao passado, que se apresenta um parâmetro necessário, já que é nele que a marcação lógica poderá se instaurar. O prisioneiro tem urgência de sair daquela prisão; sua vida (como em “a bolsa ou a vida”, no Seminário 11 de 1964) depende disso, pois é na relação faltosa que se impõe a liberdade desses prisioneiros – eles dependem de que o Outro lhes marque num tempo.

O tempo lógico é importante para a constituição do sujeito, pois “o que está em jogo aqui é o tempo do Outro, isto é, que da matéria-prima do desejo apareça a demanda em direção ao sujeito, e que isso seja inscrito no ser como sentido de sua existência” (Mariotto & Medeiros, 2006, p.53). O tempo deve ser pensado em referência ao descompasso entre aquilo que é a forma de inserção de uma criança na vida cultural e o período cronológico escolhido, ou seja, não é possível separar as dimensões do tempo definidas por Julieta Jerusalinsky (2002).

A inscrição das marcas do Outro é elemento fundante da lógica em questão. Sem elas, as possibilidades de que haja sujeito são inexistentes. Sem que a linguagem venha fazer o sujeito faltoso, cortado por ela, inserido na lógica da diferença, não se pode falar de instauração do circuito pulsional, como discutem Laznik (2000), Kupfer (2009), Vorcaro (2004), Bernardino (2006), Catão (2009), dentre outros autores. Segundo Vorcaro (2004, p.72), “se o organismo for conduzido meramente pelo fluxo da vida, puro ser, sem sentido, está excluído da alteridade, e a condição de insuficiência o mata”, reforçando o lugar do Outro nesse percurso constitutivo.

Em resumo, trata-se, então, em termos de registros, de repensar a diferenciação da condição de instauração temporal e reafirmar sua condição coincidente, em cada campo de sua exigência. Quanto ao tempo lógico, trata-se do registro simbólico da arbitrariedade do sentido em relação ao significante, da diferença fundamental entre um elemento e outro, da possibilidade de reconhecimento de um elemento pela marcação de outro. Com respeito a um tempo cronológico da ordem do real, trata-se de notar que a passagem do tempo vai além da nossa capacidade enquanto seres de linguagem; é impossível desnaturalizar, via simbólico, o real, a direção de parte da carne para a impossível tradução em termos objetivos. Por fim, há que se ter em vista um tempo dos parâmetros de desenvolvimento físico e cognitivo, que oferece conhecimento sobre as aquisições fundamentais dentro de um processo de desenvolvimento esperado – o registro imaginário.

Parto, agora, para o que Julieta Jerusalinsky (2002, p.150) traz como percurso da constituição do sujeito, especificamente o que se repete para a construção do IRDI. Para ela, a “apropriação psíquica das aquisições instrumentais – psicomotoras, cognitivas e de linguagem”, não está desatrelada, implicando uma modalização do que será possível enquanto funções orgânicas para o bebê.

A autora em questão, inspirada pela sua prática clínica e pela teoria psicanalítica, que a motiva a escutar os bebês em suas relações primordiais, propõe uma série de marcas simbólicas que atuam de acordo com “o modo como um bebê é situado pelo Outro”. Tal modo de impressão configura-se como o definidor de “particularidades no funcionamento de suas diferentes funções orgânicas.”. Trata-se da singularidade da pulsão, em que a inscrição desejante, ou seja, o significante provindo do Outro, ordena o “funcionamento erógeno dos diferentes circuitos pulsionais” (J. Jerusalinsky, 2002, p.156).

Em Lacan (1964/[1985]), inspirado por Freud e seu texto sobre as pulsões, encontrei, destacadamente, a pulsão e a questão do circuito como desnaturalização pautada pelo desejo do Outro: “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). Ainda em conformidade com o francês, “esta articulação [entre estrutura de circuito pulsional que sai de uma borda – zona erógena –, que reduplica sua estrutura fechada, seguindo um trajeto de retorno] nos leva a fazer, da manifestação da pulsão, o modo de um sujeito acéfalo, pois tudo aí se articula em termos de tensão, e não tem relação ao sujeito senão de comunidade topológica” (p. 178). Já sobre a incidência significativa, o psicanalista retoma a sua definição de que o inconsciente se situa:

...nas hiências que a distribuição dos investimentos significantes instaura no sujeito, [...] é no que algo no aparelho do corpo é estruturado da mesma maneira, é em razão da unidade topológica das hiências em jogo, que a pulsão tem seu papel no funcionamento inconsciente. (Lacan, 1964/[1985], p. 178)

Partindo dessas noções lacanianas, Julieta Jerusalinsky pode considerar que “a boca, o ânus, o ouvido, o olho e a borda palpebral, a fossa nasal, a uretra etc. são diferentes buracos do organismo do bebê em torno dos quais se gera uma atividade que exige cuidados” (2002, pp. 156-157). Interessam então as “sanções simbólicas do agente materno”, “o gozo e o desejo materno”, que dão inscrição de letra às alternâncias do organismo do bebê. Lançar mão dessas marcas que situarão o sujeito em suposição é uma característica de um processo de constituição sem a qual não é possível pensar em um psiquismo.

Ainda para Julieta Jerusalinsky (2002, pp.157-158), “o corpo do bebê se constitui como um receptáculo temporal, na medida em que, ao ser em si mesmo o campo destes ritmos próprios [que Vorcaro nomeia matriz simbolizante mínima e, Lacan, matriz simbólica], torna-se capaz de recebê-los do exterior.”. Segundo a autora, “é por essa passagem pelo campo do Outro que os buracos do organismo podem vir a funcionar como diferentes zonas erógenas, na medida em que às hiências, aos intervalos do orgânico, se superpõem os intervalos da cadeia significante do Outro.”.

A teórica apresenta essa incorporação simbólica e conceitua a dependência desse momento lógico para aquele que se segue, “trata-se do estágio do espelho, pelo qual o bebê assume um Eu ao identificar-se à imagem que o Outro lhe oferece para reconhecer-se”. Tal imagem antecipa, ao bebê, uma noção do seu corpo, uma unidade em que o que vigora é a desconexão instrumental. Retomando as palavras da autora: “introduz-se, por meio de tal antecipação imaginária, uma tensão entre o que o bebê é e o que ele deveria tornar-se.”. Para J. Jerusalinsky, essa antecipação imaginária levará a uma antecipação funcional, ou seja, os pais, “ao anteciparem realizações instrumentais do bebê, introduzem ofertas e demandas propiciadoras de tais realizações” (J. Jerusalinsky, 2002, pp. 159-160).

Temos mais uma ocasião em que as tensões revelam-se fundantes do percurso constitutivo, e também um recorte referencial importante, quando as noções de alienação/afânise,



recortadas do seminário de Lacan (1964/[1985]), são reencontradas na clínica com bebês. Ocorre que a menção à teoria psicanalítica carrega as consequências de se considerar o inconsciente – está é uma hipótese para qual tento dar consistência nesta proposta de trabalho –, posto que a teoria psicanalítica implica uma ética que é, também, característica da clínica. Por isso, ao ler cada indicador e pensá-los a partir das escansões que vim pesquisando neste capítulo, fica clara a aposta de que é preciso fazer circular um discurso, quando se diz em sofrimento psíquico da primeira infância, que não esteja restrito a um único saber, mas que consiga fazer efeito nas relações entre o bebê e o seu cuidador. Assim, não se trata de saber, de antemão, com base nos fenômenos comportamentais, se o processo de alienação/separação ocorreu, mas de escutar, por meio do instrumento, os efeitos de filiação, sexuação, morte e identificação que são produzidos ou não nas relações em questão.

Interessa menos, por exemplo, a literalidade de se verificar se a criança de oito a doze meses incompletos estranha pessoas desconhecidas para ela (referência ao indicador 12 do IRDI-18) do que identificar o modo como essa ausência relaciona-se com os outros indicadores. Tal ligação deve, ainda, ser sempre pensada em diálogo com a relação estabelecida com o cuidador e com a história singular que cada família oferece ao bebê, que precisa inserir-se na linguagem proferida sobre ele e para ele.

Continuando com a elaboração teórica de Julieta Jerusalinsky (2002) acerca da constituição do sujeito, após considerar os efeitos da suposição do sujeito e do estabelecimento da demanda, a autora destaca a posição ativa do bebê frente à expectativa e à sustentação da realização por parte do Outro. Não basta que o cuidador ofereça tudo ao bebê, pelo contrário, é preciso que haja um espaço temporal para a produção do pequeno. O responsável pela função maternante oferece o seu corpo como lugar de experimentação, para que o bebê possa, ativamente, arriscar-se à vida que lhe é possível com o corpo desse responsável.

J. Jerusalinsky (2002, pp. 160-161), acerca da função materna, esclarece essas posições de oferta e certeza de realizações desejadas para o bebê, mas também de um certo distanciamento, a fim de que haja espaço para as precipitações do pequeno: “A função materna não é feita apenas de sustentar a função do bebê, é preciso também que ela lhe ofereça este espaço no qual o bebê terá que se precipitar, se lançar e se implicar como sujeito em uma realização.”. Isso implica um aumento da complexidade e da extensão da pulsão, continua ela

a função materna não só sustenta o bebê e sua função, ela também o pulsionaliza, produz um estiramento da sua corda pulsional, pois quando o bebê se implica nessa demanda do Outro, quando procura enlaçar este objeto do desejo do Outro, seu circuito pulsional se espicha, estende a sua cadeia significante na busca pela satisfação. (J. Jerusalinsky, 2002, pp. 160-161)

O agente da função materna permitiu-se situar a demanda, a antecipação imaginária, e ofertou uma antecipação funcional. Se pensarmos o exemplo dos primeiros passos de um bebê, dado por Julieta Jerusalinsky (2002), essa realização gera um efeito de surpresa nesse agente. Com isso, a alteridade transborda-se, nesse espaço em que o bebê pode, com seus passos, responder como sujeito, ainda que não possamos supor, ali, uma responsabilidade, já que a constituição tem balizas lógicas, sem as quais não é possível situar tal questão.

O que interessa, aí, é a paradoxal noção objetual que se estabelece: quando da incorporação simbólica, era o cuidador quem inscrevia a presença-ausência nos ritmos de cuidado do bebê, já, para J. Jerusalinsky (2002, p. 162), num segundo momento lógico, a mãe porta o “objeto que representa o amor da mãe”. Destaco um trecho esclarecedor: “ser ou não ser amamentado, ganhar ou não ganhar colo, fazer ou não fazer cocô, comer ou não comer papinha etc., passam a ser, para o bebê, homólogos a ser ou não ser o objeto de amor da mãe”, esta considerada a posição infantil propriamente dita.

Se o responsável pela função materna se instalar como realizador dessa relação objetual, há riscos sérios para a relação em questão, de modo que a tensão constitutiva passa ao âmbito do

sofrimento psíquico. Com base em Julieta Jerusalinsky, entendo que, nesse caso, a alteridade não opera seu marcador de diferença, sem a qual a borda simbólica parece dissolver-se, esgarçar-se pelos efeitos da encarnação da totalidade: “O Outro encarnado permanecerá em uma posição de quem tudo sabe e tudo tem, não se deixando transbordar, não se deixando surpreender” (2002, p. 163).

Já a função paterna, outra operação necessária à constituição, é identificada, pela autora (2002, p. 165), como a incidência de sanções simbólicas que deem registro à transmissão de valores de uma cultura, como ocorrência das condições de enlaçamento e das bordas que limitam a relação social entre um e outro. É preciso, no percurso de um bebê, marcar “determinadas aquisições que se inscrevem como atos simbólicos, ou seja, armam um antes e um depois na vida de um bebê ou pequena criança – situando, inclusive, diferentes tempos simbólicos de inscrição e reconhecimento dos pais em relação ao filho”, diz-nos a autora.

Acompanhamos, aqui, recortes teóricos que foram de suma importância para a criação dos Indicadores, por meio dos quais pude investigar a constituição do sujeito. A clínica com bebês que inspirou essa teoria e a noção de psicopatologia nesse tempo exigiram precisão e a possibilidade de detecção de risco esclarecida até aqui. Todos esses textos com que trabalhei evidenciam uma repetição de tensões entre certos elementos, frente às quais suponho que os IRDI constituem-se como saída.

Selecionei, entre as tensões que se repetiam nos textos de base dos IRDI, três, como já explicitado anteriormente: a tensão entre método clínico e método experimental; a tensão entre sujeito do inconsciente para a psicanálise e a subjetividade; e, por último, a tensão entre psicanálise e Saúde Mental. É nesse recorte que bordaremos três das áreas de contato que deram origem aos IRDI.

## **CAPÍTULO 4 - TENSÕES PRODUTIVAS: OS IRDI COMO RESPOSTA**

Objetiva-se, aqui, investigar a noção de constituição do sujeito por meio dos IRDI. Até o momento, foi situada a importância de se considerar os vários estudos, muitas vezes antagônicos, sobre o ponto em que o sujeito se constitui. Defendo, aqui, que essa constituição não se dá de uma vez por todas, mas nas inúmeras repetições das escansões, como discutidas no capítulo anterior. Dessa forma, pretendo revisitar as diversas perspectivas acerca dos IRDI, lidando com as tensões geradas, ocasionalmente, por pontos de vistas diferentes acerca de um mesmo assunto e propondo caminhos de convergência entre as várias teorias, de modo a contribuir com a área de pesquisa em questão. As leituras realizadas sobre a temática incitaram algumas inquietações, trabalharei, portanto, neste capítulo, com apenas três delas. A partir do estabelecimento dos IRDI e seu uso acadêmico, quais as consequências do encontro entre método clínico e o método experimental presentes nesse uso? Como relançar a questão tensional entre sujeito do inconsciente e subjetividade através dos indicadores ao lermos os materiais que referendam os IRDI? E ainda, como situar, no uso textual acadêmico dos IRDI, o encontro entre Psicanálise com bebês e Saúde Mental.

Analisando os teóricos que colocam os IRDI como possíveis detectores do risco de sofrimento psíquico na primeira infância, percebi que fundamentar este trabalho nos campos de saberes que se fecham em si mesmos impossibilitaria a reflexão à qual me propus. Assim, como os estudos que envolvem o inconsciente devem, essencialmente, registrar um conhecimento que não se pretende todo e que não se furta a trabalhar com o que lhe aparece, a psicanálise se mostrou um campo de saber pertinente para fundamentar esta pesquisa, pois sustentaria os impasses, os tropeços e as inquietações que surgiriam durante o processo. A partir disso, pretendo bordear, aqui, as tensões teóricas existentes e, no capítulo seguinte, pensar a inserção dos IRDI em algumas produções textuais que referendam seu uso.

Nos próximos três itens deste capítulo discuto, em primeiro lugar, o encontro entre método clínico e experimental (inspirados pela teoria psicanalítica). A proposta é definir método e recortar o que é clínico e o que é experimental. A partir daí, reflito sobre o motivo de se aproximar a teoria psicanalítica desses métodos de produção de conhecimento acerca do homem. Pondero, também, se há algo que se transmite quando os IRDI se inspiram na constituição do sujeito. A segunda tensão abordada é entre a noção de sujeito e de subjetividade em psicanálise e, por último, reflito sobre os embates existentes entre esse campo de saber e a saúde mental. Nessa parte, analiso o porquê de se escolher a saúde pública para a circulação desse instrumento. Com isso, viso desdobrar os efeitos da circulação dos IRDI a partir do objeto constituinte do sujeito, reconhecendo-os em suas complexidades – retirando-os de uma visão simplista que os consideram apenas como signos. Pretendo, ademais, destacar os efeitos de uma ética de circulação da teoria psicanalítica que não implique na deslegitimação e/ou eliminação de outros saberes, em especial no trabalho institucional público.

#### **4.1 Método Clínico e o Método Experimental**

Nos capítulos anteriores dissertei a respeito das noções psicanalíticas de constituição do sujeito que dão base aos IRDI, seus eixos teóricos e as diferenciações fundamentais para sua criação. Nesse percurso, discorri sobre as procedências de algumas noções da psicanálise e, embasado nessas premissas, refleti a respeito da prática clínica com bebês supondo o inconsciente. A partir daqui, estudarei o método clínico e o experimental na clínica psicanalítica embasado, sobretudo, em Christian Dunker (2011). A fim de diferenciar terapia e cura da noção de tratamento, o autor parte de uma reflexão epistemológica da estrutura e da constituição de clínica psicanalítica e da ideia cartesiana de método. Esse estudo será a base

para as reflexões a que esse trabalho se propõe sobre os delineamentos clínicos, experimental, qualitativo e demais aspectos do método.

Conforme o estudioso “no método se pratica uma disciplina da vontade e uma purificação do sujeito necessária ‘para bem conduzir a própria razão e procurar a verdade nas ciências’, conforme o subtítulo da obra magna de Descartes” (Descartes, 1637 citado em Dunker, 2011, p. 311). Assim, para o estudioso, o método é “um discurso e uma prática que conecta o exercício de domínios particulares do entendimento por meio da razão universal” a partir da “possibilidade, origem e forma do conhecimento” e precedendo, como condição e fundação, a possibilidade da prática do saber (p. 311).

Sobre a verdade nas ciências, motivo último a que se direciona quem a procura, ou seja, o filósofo, o epistemólogo ou o pesquisador, Dunker, inspirado por Nicolau de Cusa e referenciando Koyré (2006), contrapõe a verdade matemática e a verdade discursiva. Enquanto a primeira “apreende-se de uma vez”, a segunda “se efetua em tentativas e conjecturas progressivas”. Dessa forma, para o psicanalista, “a teoria das duas verdades marca a separação [...] entre a verdade dependente da enunciação e das condições do sujeito que a enuncia e a verdade como função proposicional, cujo valor pode ser logicamente calculado e empiricamente verificado”. Só então separaríamos a prática do método e a do discurso do método – relacionando um à filosofia ou à epistemologia e o outro às ciências. Conforme o estudioso, a prática do método é uma retroação sobre o seu discurso (Dunker, 2011, p. 312).

Independente da forma do discurso do método, seja ela “empirista, pragmatista ou racionalista”, Dunker (2011) considera que “todo método prático deveria ser remissível aos fundamentos genéricos do discurso do método”. Segundo o autor, tal discurso, “uma vez enunciado, não precisa ser refeito; basta ser lembrado. Esse circuito permanece funcional na maioria das ciências que, na construção de seu saber, apenas verificam se seus métodos práticos conferem com as condições impostas pelo discurso do método.” (p. 313). O trabalho

de Morin (2002, p. 93-94) discute a questão metodológica, em especial o universo físico e seu objeto. Conforme o pensador:

A ciência clássica fundou-se sob o signo da *objetividade* [grifos do autor], isto é, dum universo constituído por *objectos* [grifos do autor] (num espaço neutro) submetidos a leis *objectivamente* [grifos do autor] universais. Nesta visão, o objecto existe de modo positivo, sem que o observador/conceptor participe da sua construção com as estruturas do seu entendimento e as categorias de sua cultura. É substancial; constituído por matéria com plenitude ontológica, é auto-suficiente no seu ser. O objeto é, portanto, uma entidade fechada e distinta, que se define isoladamente na sua existência, nos seus caracteres e nas suas propriedades, independentemente do ambiente. Determinamos a sua realidade “objetiva” quando o isolamos experimentalmente.

Retomando a organização epistemológica da controvérsia sobre o método, de Christian Dunker (2011), observamos que uma ciência deve se atrever, por meio de métodos práticos, a estudar algo do “real do sujeito” que “se queira ciência do real do sujeito”. E essa última deve, portanto, fazer mais do que a lembrança do discurso do método, “mas o próprio discurso em sua constituição” (2011, p. 313). Isto posto, ressalta-se o fato de que “o ponto de partida cartesiano nos leva a uma escolha forçada: o sujeito ou o método”. Além disso, deve-se considerar que “a ciência moderna define-se pela confiança no método e o método tem por condição sua adequação ao objeto” (Dunker, 2011, p. 314). Edgnar Morin também faz elaborações sobre o assunto, contudo, os estudos de Dunker se mostram mais completos ao ponderar que

... [a] incursão pela teoria cartesiana nos permite apresentar três dificuldades para situar a psicanálise dentro do campo das ciências, mas também três dificuldades para situar a psicanálise fora do campo das ciências. Talvez a psicanálise esteja “não-toda” na ciência e inversamente a existência da psicanálise é “não-sem” ciência. [São três dificuldades] (1) “o real é autorreferente, ou seja, idêntico a si mesmo ao longo de sua transformação e incidência no tempo ou espaço”; (2) “o real é universal, ou seja, independe dos seus meios de apreensão particulares, regionais ou locais” e (3) “o real é positivo, ou seja, ele se apreende como fenômeno”. (Dunker, 2011, p. 314).

O filósofo continua a afirmar que a psicanálise possui um objeto sendo, por isso, “passível de conhecimento, portanto, de representação deve admitir uma identidade ontológica com relação a si mesmo” (2011, p. 314). E, para ele, o conhecimento psicanalítico “deve verificar,

posteriormente, o comportamento desse objeto. Daí que a identidade de existência do objeto seja determinada antes pelo conceito que o determina” (2011, p. 315).

A partir de tais considerações sobre o sujeito no real, o método e o objeto, Dunker (2011, p.316) reflete se “as formações do inconsciente, tais como o chiste, o sintoma e o ato falho, dependem ou independem do sujeito para se verificarem como existentes”. Para ele, “em chave cartesiana: a ‘existência’ do sujeito só existe se não existir. Sua existência depende da declaração ou do ato de aposta que reconhece como condição a possibilidade de ‘não existência’ (a dúvida metódica).” Essa é, segundo o autor, a:

...foraclusão do sujeito pela ciência. O sujeito expulso para que possa se constituir como existente. É pela exclusão do sujeito declarativo em primeira pessoa ‘penso’ e não ‘pensamos’ ou ‘pensa-se’, que a realidade e existência dos objetos pensados se torna apreensível. (Dunker, 2011, p.316)

Passo, agora, para o segundo problema cartesiano, proposto por Dunker (2011, p.316), para enfrentar a questão da relação entre psicanálise e ciência. O autor discorre sobre a “universalidade do sujeito que a psicanálise considera e do saber que disto deriva. Ou seja, universalidade de uma experiência e a transmissibilidade de um saber.” A primeira “depende de dois atributos: a linguagem, que o antecede e o condiciona, e a divisão (Spaltung), que resume sua estrutura.” Assim, se por um lado a psicanálise cumpre, epistemologicamente, o requisito para ser, supostamente, ciência – ao fundamentar-se nos estudos da linguagem e na lógica – por outro lado, “a divisão do sujeito só é apreensível não em termos de língua, mas em termos de fala, e da fala em primeira pessoa, segundo o método [prático] da associação livre” (Dunker, 2011, p. 316). Sobre isso, Porge (2014, p.28) vai na mesma direção de Dunker (2011), esclarecendo que:

O termo saber, em sua definição lacaniana, designa ao mesmo tempo o significante para o qual um significante representa um sujeito e a relação do primeiro significante com o segundo. Não deve, em caso algum, ser confundido com conhecimento, o que de modo lamentável continua acontecendo frequentemente. Em seus primeiros escritos, Lacan fazia referência ao “conhecimento paranoico”, o que quer dizer que há um “princípio paranoico do conhecimento”, decorrente do tipo de conhecimento que



instaura a identificação com o espelho. Existe um parentesco entre as manifestações paranoicas dos ciúmes e da perseguição e aquelas que acompanham a gênese do eu [moi]. O conhecimento está do lado do eu [moi] e da mestria, o saber do lado do sujeito e da destituição subjetiva. É por isso que na escritura do discurso analítico o saber ocupa lugar da verdade, que não pode ser senão semidita [mi-dire].

Pesaro (2010, p.73) afirma que “a pesquisa IRDI foi uma tentativa de articulação de dois métodos distintos, o experimental e o clínico, como uma estratégia para estabelecer um diálogo entre os campos e os profissionais que trabalham com a primeira infância”. A autora ressalta que durante todo o processo de pesquisa foram estabelecidos diferentes eixos de diálogo: “teórico, epistemológico, metodológico, ético e político”. Os estudos de Dunker sobre os IRDI situam a complexidade de se lidar com a condição de efeito de sujeito – que se mostra apenas na associação livre, por apresentar um método prático – inseridos no modelo experimental, ou nos moldes de instrumento. O psicanalista aborda, também, a negatividade: “quer na figura de seus conceitos, quer na prática de sua clínica, a psicanálise parece recusar o critério da positividade do saber, necessário para que este se estabeleça como conhecimento.” (Dunker, 2011, p.317).

Os trabalhos dos pesquisadores citados avançaram, grandemente, nas questões acerca da detecção precoce do sofrimento psíquico no bebês. Entretanto existem alguns pontos em suas reflexões que me causaram algumas inquietações. Dunker (2011, p. 317) ressalta, para evitar incompreensões sobre o assunto, que o conhecimento não se trata de uma produção subjetiva para o próprio sujeito, numa espécie de “contra-experiência”, mas numa “forma-saber transmissível pela ciência através da cultura.” (p. 317). O autor considera, todavia, que “a ciência abdica da verdade para engendrar um tipo de conhecimento, por definição, prospectivo, perspectivo e inacabado. Este é o principal critério empregado por Freud para distinguir metapsicologia de metafísica.” (Freud, 1915 como citado em Dunker, 2011, p. 317). Desse modo, embasadas em tais pontos de vista, irromperam-se algumas controvérsias sobre o modo como esse estudo foi desenvolvido. A validação dos indicadores foi proposta, aqui, a

partir de uma pesquisa quantitativa no espaço universitário, o que suscitou discussões sobre o campo teórico, o método e a ética psicanalítica – base do conhecimento, em que se constitui essa dissertação.

Pesaro e Kupfer (2010, p. 2-4) afirmam que foi utilizado o método clínico – e não o psicanalítico, como se é de praxe acreditar – na composição dos Indicadores e sua transmissão para os pediatras. O método experimental, por sua vez, delineou e validou o estudo desses indicadores. As pesquisadoras enfatizam que “a conceituação e os fundamentos da Pesquisa IRDI são psicanalíticos, mas as metodologias utilizadas foram aquelas que possibilitarem a interação da psicanálise com a medicina” (Pesaro & Kupfer, p. 7). À vista disso, considero pertinente pontuar o que foi apreendido dos métodos clínico e experimental e as implicações de se abranger, aqui, o método psicanalítico.

Para se entender o método clínico é preciso trabalhar, antes, o conceito de clínica – a disciplina que nos leva de encontro ao tratamento, portanto, de se “fazer” (método prático e não discursivo) com algo que precisa ser curado. Segundo Dunker (2011), a clínica moderna nasce entre o final do século XVIII, início do século XIX e trata-se de:

...uma composição de práticas, discursos e dispositivos bastante heterogêneos. A clínica não se formou em torno de um objeto comum, o corpo e suas afecções, mas em resposta a demandas múltiplas cuja raiz de legitimação social deriva dos sistemas jurídico, moral, religioso, dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina e do campo das práticas de cura, tratamento e terapia. A clínica resulta do encontro de três personagens: o cirurgião (cirurgião barbeiro errante, parteiro, curandeiro), o médico (servidor de famílias abastadas, administrador hospitalar) e o professor-pesquisador (estudioso da anatomia, teórico do funcionamento do corpo). Ela é também a fusão de dois lugares: o hospital e a universidade. (Dunker, 2011, p. 389)

De acordo com Pesaro (2010), é devido a característica do método experimental que a clínica proposta pela medicina conseguiu avançar de uma lógica da observação para um modo de acessar o conhecimento empírico. É por meio desse movimento que não se separa, claramente, o método clínico do experimental – se tratando da área médica – o que é, para a autora, diferente no caso da psicologia e da psicanálise. Disto se supõe, sempre nos usos dos

termos “investigação” e “clínico”, a característica do delineamento experimental, com excessão, apenas, dos estudos qualitativos. Tais aspectos se direcionam a qualquer estrutura da clínica, quer seja a terapêutica, a diagnóstica, a etiologia e a semiologia. Na proposta de Dunker (2011) para a estrutura da clínica psicanalítica e seu método de trabalho de investigação, a perspectiva experimental direciona-se a uma semiologia da linguagem, à etiologia da causa do desejo, à terapêutica da intervenção de linguagem sobre o sujeito e seu desejo e à diagnóstica que se pauta na transferência fundamental.

#### **4.2 Sujeito do Inconsciente e a Subjetividade**

Realizei, no momento inicial da pesquisa, uma leitura equivocada do texto “Um sujeito sem subjetividade”, de Erik Porge (2008), ao tomar, separadamente, as concepções de sujeito e de subjetividade. Isto é, nas minhas interpretações, as noções seriam excludentes – onde um dos elementos se figurava, o outro se fazia ausente. Dessa forma, compreendi esses aspectos como fundamentos a serem apreendidos e não como um produto de reflexão acerca do inconsciente.

Porge (2008) trabalha com o *Discurso de Roma*, proferido por Lacan em 1953, dando ênfase no trecho a respeito da subjetividade como o ponto de partida do praticante da psicanálise – o que fundamenta o engajamento do sujeito em sua prática. Para o autor, a subjetividade não é algo a se alcançar, ou seja, algo a se compreender de maneira exaustiva de acordo com a proposta lacaniana, pois se situa num horizonte que “não se alcança jamais a não ser no ponto de fuga da perspectiva - na montagem de um quadro, uma armadilha para o olhar.” Porge (2008, p. 4-5) coloca a importância da questão da perspectiva em relação à divisão do sujeito entre o ponto de distância e o ponto de fuga. O pesquisador acrescenta, ainda sobre a afirmação lacaniana, que:

...alcançar esse horizonte, que é também o da subjetividade, é ligar a psicanálise em extensão (tudo o que presentifica a psicanálise para o mundo, o público, pesquisas, apresentações, colóquios...) à psicanálise em intensão (o tratamento, especialmente sua passagem didática) segundo uma topologia que não é a do círculo ou a da esfera, com sua fronteira interior-exterior, mas a do cross-cap (ou do plano projetivo) ou da superfície de Boy com seu ponto triplo. (Porge, 2008, p. 6)

Os discursos político, econômico e sociológico entendem, segundo Porge, a abordagem de um sujeito como “transparente a si mesmo e aos outros, e resumindo-se a uma soma de informações que o objetivam em uma representação e o identificam”. Outros autores, contudo, reagem a essa noção de sujeito, “opondo a ela a subjetividade, a subjetivação, como o próprio sujeito. Haveria então ‘falsos’ sujeitos sem subjetivação e ‘verdadeiros’ sujeitos com subjetivação” (Porge, 2008, p. 6). Desses pontos de vista surge um ponto de fuga, interessante frente à discussão da diferença entre sujeito e subjetividade, que consiste em ressaltar que objetos/fatos “são muito[s] subjetivo[s] para se responder objetivamente”. Porge (2008, p. 6) problematiza tal acepção, pois, para ele:

...não haveria distinção entre subjetividade e sujeito, que um implica o outro, que a subjetividade é a essência do sujeito como a coisidade é a da coisa. Ora, ele [o pressuposto] não é nada para a psicanálise. Sujeito e subjetividade são dois termos disjuntos que se excluem um ao outro no tempo em que aparecem.

Aqui retomo o equívoco de interpretação citado anteriormente. Caberia, em uma leitura desatenta, não questionar certas afirmações de Porge, todavia, considero relevante prosseguir com minhas considerações sobre as colocações do autor sobre o sujeito e a subjetividade. Para o estudioso

o sujeito não tem subjetividade, ele não se subjetiva, ele se institui na sua destituição porque ele é apenas representado por um significante para outro significante. Onde há sujeito há *fading* da subjetividade. Nesse espaço-tempo entre dois significantes ele é foracluído, signo de nada, pura hipótese. Suposto, ele nada supõe. Há a realidade de uma *Spaltung*, do nada de um corte, aquele da banda de Moebius: “A banda de Moebius é uma superfície tal que o corte traçado em seu centro seja ele uma banda de Moebius. A banda de Moebius em sua essência é o próprio corte. Eis o ponto em que a banda de Moebius pode ser para nós o suporte estrutural da constituição do sujeito como divisível.” E: “Cada vez que falamos de alguma coisa que se chama o sujeito fazemos dele um “um””. Ora, trata-se é de conceber o que é justamente isto: falta o um para designá-lo. (Porge, 2008, p. 7).

Isto posto, percebe-se que o estudioso não exclui a existência da subjetividade ou lhe propõe uma hierarquia. Trata-se, portanto, de:

generalizar de forma lógica a definição de sujeito (um significante o representa para outro significante), assim como as operações que ela permite (a alienação e a separação, por exemplo) permitem escutar a fala de subjetividades a cada vez singulares. Graças a essa generalização, Lacan pode escrever uma estrutura de um número restrito de discursos que articulam uma relação entre uma subjetividade particular, diferente para cada falasser, e a ex-sistência única do sujeito (Porge, 2008, p. 7).

O pesquisador segue afirmando que “o analista é um generalista do sujeito, não um especialista de subjetividades (da criança, do adolescente, dos drogados, dos deprimidos... Das novas patologias, dos novos sujeitos)” (Porge, 2008, p. 7). De acordo com o estudioso, em sua leitura do laço social lacaniano, por mais que uma variação das posições “do sujeito, escrito \$, em cada discurso, as relações entre os enunciados e as enunciações sofrerão determinações diferentes e terão efeitos diversos sobre os outros no laço social”. Portanto, entendendo que essa variação imprime o que o autor chama de singularidades de caráter subjetivo. Logo, o sujeito que “permanece o mesmo, também sempre dividido, em uma fala singular, em uma experiência subjetiva particular, pode sempre liberar-se dessas determinações, por exemplo, passando a outro discurso” (Porge, 2008, p. 7). Seguindo tais considerações, estaco o trecho da obra de Erik Porge, que auxiliou na desconstrução do equívoco de interpretação a respeito da relação sujeito e subjetividade:

...cada um dos discursos é suscetível de permutar com outro, pela rotação dos termos para um lugar diferente. Disso resulta que não se fala do sujeito do ponto de vista de Sirius, mas somente estando implicado por um discurso. Não há ponto de vista totalmente exterior e objetivo a partir do qual se pudesse enunciar uma generalidade sobre o sujeito. Se há ponto de vista exterior, ele é função de um lugar no discurso e, portanto, ele também submetido a determinações que, por sua vez, dividem aquele que aí se coloca. (Porge, 2008, p. 7)

Porge se esclarece ao afirmar que os conceitos são radicalmente diferentes, mas que não é possível pensar o sujeito sem o discurso, não há lugar na linguagem completamente exterior e

objetivo em relação ao sujeito. Ainda assim, existe, em suas colocações, uma ambiguidade sobre a relação sujeito e subjetividade:

Esse erro volta a confundir o sujeito como termo lógico e o “eu” [je] gramatical e, de sobra, a suprimir o espaço topológico de sua diferença pelo qual desliza o desejo inconsciente. Porque o desejo é articulado logicamente, mas não articulável por um eu [je]. (Porge, 2008, p. 8)

Entretanto, outras afirmações do autor se mostram imprecisas e passíveis de equívocos. Por exemplo, a afirmação de que a subjetividade e o “eu”, [je] gramatical, se confundem. Não concordo com a afirmação, pois se trata de desejos inconscientes e que não podem ser considerados apenas no âmbito da instância egóica. O estudioso, porém, segue afirmando que “definir a existência lógica de um sujeito do inconsciente, diferente do eu [je] gramatical”, é a forma que Lacan encontrou para responder à questão da Metapsicologia freudiana: “Como chegar ao conhecimento do inconsciente’ sem transformá-lo em segunda consciência?”. A torção fundamental suscitada por Porge diz que o

sujeito do inconsciente não é sujeito no inconsciente. Ele nada tem de substancial, é momento de eclipse que se manifesta na fenda de um equívoco [l'une bévue (*Unbewusste*)]. Para o “eu” [je] que fala, o sujeito do inconsciente é um “ele” [il] e não outro “eu” [je]. O sujeito é a própria divisão entre esse “eu” [je] que fala e esse “ele” [il]. Ele se situa “em um grau secundário da alteridade”. O que Freud chamava de “a hipótese do inconsciente” Lacan substitui pela “hipótese do sujeito”, tomando hipótese no sentido literal (hypo, o que está debaixo, sub). E o que está sob é o sujeito (sub-jet). (Porge, 2008, p. 8)

Porge (2008, p. 9) afirma que “O ser do sujeito não é a subjetividade, é seu excremento”. Tal colocação auxilia na compreensão do processo de constituição e da clínica com bebês e seus criadores. Essa afirmativa retoma o caráter diferencial entre sujeito do inconsciente e subjetividade, porém mantém os termos em uma referência relacional, em que o resto das operações de linguagem situa o rastro do sujeito em questão.

#### 4.3 Psicanálise com Bebês e a Saúde Mental

Essa parte do trabalho se propõe a estudar como se estrutura o serviço público de saúde mental e o modo como entra em contato direto com o saber clínico psicanalítico na sua prática com bebês.

A demanda de inserção de indicadores psíquicos do desenvolvimento infantil feita pelo Ministério da Saúde mostra tanto as tensões existentes na aplicação da psicanálise no tratamento com bebês, quanto na saúde pública como um serviço. Unindo, dessa forma, três registros (crescimento, maturação e desenvolvimento, constituição subjetiva) de naturezas, teoricamente, distintas, mas, empiricamente, inseparáveis, a resposta do Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) ao cuidado com bebês, são os IRDI, pois compreende-se que a constituição do sujeito (lógica estrutural) é o articulador que sustenta os seus processos de maturação e desenvolvimento.

Considero que a escolha de se utilizar a teoria psicanalítica sobre o psiquismo que se constitui, configura mais um passo na história da saúde mental no país e na aproximação desses campos de saberes. Haja vista que a entrada dos IRDI, na agenda de cuidados com as crianças de zero a três anos, torna obrigatória a aplicação psicanalítica nos diversos pontos do serviço público de saúde e por diferentes profissionais (incluindo os que não possuem formação na área).

A utilização da psicanálise no campo da saúde mental abre caminho para a possibilidade de que o saber produzido pelos psicanalistas durante anos possam circular sem a necessidade de uma vinculação às escolas de formação ou às instituições que se proponham a formar analistas. Isso não configura, portanto, uma anulação dos diferentes campos teóricos que produzem saber acerca do sofrimento psíquico, mas a inclusão de uma lógica de estranhamento. As possibilidades são inúmeras, como mostram diversos estudos produzidos nos últimos anos e que articulam os IRDI a diferentes propósitos de estudo.

Em sua Linha de Cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde, o Ministério da Saúde (2015) reafirma o direito de todos os cidadãos à saúde. O argumento utilizado é que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (p. 9). Também está nesse documento oficial, que o Sistema Único de Saúde (doravante SUS) é:

...uma política pública pautada na concepção da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, responsável por garantir acesso e qualidade ao conjunto de ações e serviços que buscam atender às diversas necessidades de saúde das pessoas sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com vistas à justiça social. (Ministério da Saúde, 2015, p. 10).

A fim de uma política pública mais efetiva, o Ministério da Saúde exige que suas ocupações se organizem a partir das diretrizes de descentralização, regionalização e controle social. Ou seja, os serviços de saúde devem se situar nos territórios onde vivem as pessoas a quem se dirigem. A intenção é que tais atuações aconteçam “respeitando a identificação de especificidades locorregionais, e que todos os brasileiros possam participar ativamente da construção e qualificação desse sistema” (Ministério da Saúde, 2015, p. 10). A linha de cuidado de saúde mental, afirma que o SUS é orientado:

...a partir da estruturação de Redes de Atenção à Saúde (doravante RAS), que consistem de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que - integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão - buscam garantir a integralidade do cuidado. (Ministério da Saúde, 2015, p. 11)

É preciso caracterizar neste trabalho, também, a Rede de Atenção Psicossocial (doravante RAPS), que integra o SUS e é composta de pontos de atenção que também seguem os princípio e diretrizes citados.

Como esta dissertação trata do sofrimento psíquico e clínica com bebês, é preciso considerar que estamos no âmbito da Saúde Mental e que esse tema não pode ser



descontextualizado da Reforma Psiquiátrica<sup>3</sup>, da superação do modelo asilar de cuidado e, mais precisamente, do âmbito da saúde mental infantojuvenil. Trata-se de um processo político e social complexo, pois a reforma traz “um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores culturais e sociais.” E suas diretrizes “inscreveram-se no cenário nacional, na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (do SUS), como política pública de Estado” (Ministério da Saúde, 2015, p. 12).

Destaco aqui, para além da política de alta complexidade planejada e de reabilitação psicossocial para pessoas com longa permanência em hospitais, a questão territorial, que é diretriz do SUS, da RAS e da RAPS e que, também, figura como aspecto importante da Reforma Psiquiátrica. Conforme a linha de cuidado de saúde mental, o:

...conceito de território é fundamental para a saúde mental por se tratar não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo seu acesso, além de propiciar conhecer e interagir com as dimensões da vida cotidiana dos usuários e de sua rede social. Dessa forma, trabalhar no território requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas e das instituições públicas e comunitárias. (Ministério da Saúde, 2015, p. 13)

Por integralidade, o documento esclarece o duplo sentido dessa diretriz. Ou seja, além de compreender que o sujeito deve ser reconhecido na sua integralidade, o cuidado que se oferece precisa responder integralmente à diversidade das demandas:

Nessa direção, a integralidade deve ser considerada como um fundamento, no sentido de tornar o olhar o mais ampliado possível, ou seja, refletindo sobre as relações e as mais variadas interações relativas aos sujeitos”, nesse sentido é preciso pensar as articulações possíveis tanto dentro do próprio setor da saúde como o chamado intersetor, ou seja, assistência social, segurança pública, defesa e etc. Essa noção de integralidade exige um fazer em rede, ou seja, pontos de atenção que se articulem em diferentes níveis de complexidade, de maneira a estabelecer um fluxo para o cuidado de cada situação específica. (Ministério da Saúde, 2015, pp. 61-62)

A RAPS tem por princípios:

---

<sup>3</sup> Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)

- respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas, - promoção da equidade, isto é, da atenção aos que mais necessitam de cuidado, reconhecendo os determinantes sociais da saúde, - combate a estigmas e preconceitos, - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, - diversificação das estratégias de cuidado, - desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania, - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com a participação e o controle social dos usuários e de seus familiares, - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, - promoção de estratégias de educação permanente, - desenvolvimento da lógica do cuidado, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (Ministério da Saúde, 2015, p. 92).

E se estrutura a partir da:

Atenção Básica em Saúde - Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura; pela Atenção Psicossocial Estratégica - Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; pela Atenção de urgência e Emergência - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/prontosocorro, Unidades Básicas de Saúde; pela Atenção Residencial de Caráter Transitório - Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; pela Atenção Hospitalar - Enfermaria especializada em hospital geral, Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; pelas Estratégias de Desinstitucionalização - Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa; pelas Estratégias de Reabilitação Social - Iniciativas de geração de trabalho e Renda, Empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Ministério da Saúde, 2015, p. 93).

Ainda, quanto às unidades de tratamento da RAPS, ofereço destaque à Atenção Básica, que “ocupa o lugar de ordenadora das diferentes Redes de Atenção, sendo uma das portas principais de entrada no SUS. É no âmbito da Atenção Básica que ocorre o acompanhamento ao longo da vida das pessoas” (Ministério da Saúde, 2015, p. 94).

Tornou-se necessário, para dar continuidade a este item, apresentar as especificações do documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para garantir Direitos” (Ministério da Saúde, 2014). O objetivo, no processo de elaboração desse material, envolveu um uso linguístico acessível a fim de facilitar “o acesso e a qualificação

das ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial.” (Ministério da Saúde, 2014, p. 5).

A legislação vigente para a compreensão jurídica e social da infância e da adolescência é o Estatuto da Criança e do Adolescente (doravante ECA)<sup>4</sup>. Também vale destacar que “o Brasil é signatário dos tratados e das convenções sobre direitos humanos, reconhecidos no texto constitucional e nas medidas legislativas dele decorrentes”. Do mesmo modo, é preciso enfatizar que o país intencionava, mesmo antes do estabelecimento do ECA e através de movimentos sociais e esforços do Poder Público, “colocar em prática as recomendações da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1945) e da Declaração dos Direitos da Criança (1959), consagrando valores baseados no respeito à dignidade e nos direitos fundamentais de crianças e adolescentes.” (Ministério da Saúde, 2014, p. 11).

O ECA é “orientado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.” (Ministério da Saúde, 2014, p. 11). Tal orientação supera a posição assistencialista do Estado voltado para o controle e o asilamento de crianças e adolescentes e que vigorava antes do estabelecimento da legislação em questão.

Alguns preceitos do ECA, que dão origem ao IRDI, são problemáticos. Esse estatuto defende a noção de que crianças “são seres em desenvolvimento e, neste sentido, são seres ‘por vir’ e não são iguais aos adultos desenvolvidos”. O documento insiste que tal afirmação não implica em uma inferiorização da infância. Ao contrário, reitera que isso “deve ser valorizado positivamente e indica a necessidade de mais direitos para preservar e fazer o referido porvir se realizar em toda sua potência” (Ministério da Saúde, 2014, p. 14).

---

<sup>4</sup> Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)

Algo que se questiona no ECA é a noção de autonomia – que não deve ser confundida com independência. É necessária uma boa compreensão de tais conceitos a fim de que não se subverta a importância da proteção integral – garantia de “acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença a um grupo social; à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde”, dentre outros – a uma desqualificação das crianças e adolescentes como seres autônomos. Isto é, o que está inscrito não pressupõe serem os infantes “capazes de estabelecer suas próprias regras” – isso deve ser claro no cuidado, em especial, dos “processos de saúde individuais e coletivos”. Dessa forma, reitero que a proposta do estatuto é clara: “as crianças e adolescentes dependem dos adultos. Dependem da responsabilidade dos adultos para acessar os meios para realizar a sua potência e manter um devir aberto”. (Ministério da Saúde, 2014, p. 14).

A Saúde e a vida são direitos a serem promovidos pelo SUS, seguindo os preceitos do ECA (1990). Isso se realiza “mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, por meio do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Ministério da Saúde, 2014, p. 17).

Sobre a atenção psicossocial, o documento do ECA, sugere que “não há produção de saúde sem produção de saúde mental” (Ministério da Saúde, 2014, p. 17). A radicalidade dessa afirmação leva-nos a considerar aspectos biológicos, psíquicos e sociais dos indivíduos – tendo em vista o momento de constituição sujeito com as implicações de seus sofrimentos, angústias, medos, conflitos intensos, o direito à palavra frente a isso e a garantia de universalidade do acolhimento das diferentes demandas. O estatuto atenta-se, igualmente, à corresponsabilidade com o intersetor. Ou seja, leva-se em conta o discernimento entre o que é demanda para a educação ou outros setores, a ênfase no território como lugar desse sujeito e que, portanto, deve ser privilegiado, posto que “extrapola os sentidos meramente geográficos

ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc.” (Ministério da Saúde, 2014, p. 23-27).

Retomando essa afirmação, do Ministério da Saúde, entendo que o lugar privilegiado da RAPS para que essa detecção ocorra é a Atenção Básica, principalmente por ser a ordenadora do cuidado no SUS e pelo caráter capilarizado de sua inserção nacional. Essa posição leva em conta a “proximidade das equipes de Atenção Básica com as famílias, as escolas e outros espaços de convivência de crianças”. Considera-se, também, a impossibilidade de circulação dos bebês em pontos de atenção de complexidade maior, já que a ideia é detectar riscos, ou seja, chegar até os sinais de sofrimento sem que tenham ocorrido agravos (Ministério da Saúde, 2014, pp. 29-32).

A Pesquisa Multicêntrica, que deu origem aos IRDI, não seria possível sem a participação de profissionais da rede pública que participavam do cuidados com bebês na idade que interessava aos pesquisadores. Tratou-se de um movimento, no decorrer da pesquisa, de formação, em que a psicanálise entrou em contato com esse campo político da saúde mental pública. Não foi, porém, o primeiro encontro dessas áreas. Nas proposições de Christian Dunker e Kyrillos (2015, p.35) sobre o assunto, temos que

...a forma clássica do individualismo, com uma distinção clara entre o espaço público e privado, não se aplica à subjetividade brasileira sem algumas ressalvas. Em outras palavras, nós sentimos uma desconfiança clara e sistemática frente a tudo que nos apareça como um ideal coletivo, público e independente de interesses pessoais ou privados. As mudanças na política, justiça, polícia ou educação, são interpretadas ambigualmente: como um sinal de prosperidade e como indicativo de uma nova máscara para a forma tradicional de opressão.

Ao abordar os efeitos da Reforma Psiquiátrica, os autores destacam, a partir de sua leitura de Landowski, que manejar a opinião pública é direcionar uma política – agir para persuadir. É com base na persuasão que “a visão da Psiquiatria Democrática Italiana sobre a loucura” foi considerada adequada e “a opinião pública será convencida da não periculosidade do louco e

da ontologia social das patologias psiquiátricas. Assim, a opinião pública e os ‘usuários’ são submetidos a uma pedagogia política: uma tecnopolítica” (Dunker & Kyrillos, 2015, p. 121). Se o discurso da opinião pública não é especializado, “sua persuasão deve calcular, por exemplo, o uso de termos técnicos ou conceituais, produzindo, com isso uma corrosão da base discursiva hegemônica encarregada da administração da doença mental no antimodelo asilar” (Dunker & Kyrillos, 2015, p. 122).

Prosseguindo em suas considerações, Dunker e Kyrillos (2015) demonstram como a instrumentalização do movimento social, via persuasão, utilizava como diagnóstico do caráter “nocivo do sistema asilar o isolamento, a desintegração social e a exclusão”. O que resulta disso é a organização de serviços substitutivos “que assumem a tarefa de responder e representar a demanda de pacientes e familiares. Os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS – e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS –, certamente, constituem a resposta mais avançada e criativa para alcançar esses objetivos” (Dunker & Kyrillos, 2015, p. 122). Os estudiosos apontam, também, uma ressignificação da posição do sujeito que utiliza os serviços de saúde mental:

o sujeito da experiência da loucura, ao ser deslocado para a posição de ‘usuário’ dos serviços de saúde mental, tem sua demanda revertida de demanda de cura para demanda de inclusão. Sua patologia é definida pela exclusão social concreta, e não por uma nosologia neutra e transcendente. A localização de sua demanda não emerge do sofrimento psíquico individualizado, mas do sofrimento atinente à sua posição de classe. Como tal, sua demanda se objetiva em posições no universo do consumo e do trabalho, de onde a expressão “usuário” afinal deriva. (Dunker & Kyrillos, 2015, pp. 122-123)

Essa tensão simbólica nos revela que a política que ordena o serviço público de saúde mental não implica numa retórica clínica. Pontuo que os IRDI, ao serem inseridos no SUS mediante a formação de profissionais que atuam na atenção básica – por abarcarem a noção de constituição do sujeito em suas sustentações teóricas –, incitam um olhar para o sofrimento

psíquico em um campo que privilegia, por sua tradição discursiva pautada na Reforma Psiquiátrica, o âmbito político do adoecimento.

Independente da classe social, bebês não podem aguardar para que se operem as escansões constitutivas que discuto no segundo capítulo desta dissertação. Se no adulto algo está decidido, estruturado, na primeira infância ainda são possíveis aberturas a outros desfechos que não se consolidem psicopatológicos. Frente aos sinais de risco é preciso trabalho, não é possível recuar, não é possível esperar que os pais tenham as condições sociais ideais, emprego, moradia, saúde física e mental, não é possível fabricar famílias ideais. É inegável que a luta por garantia de direitos atravesse a todos, mas impor a lógica do adulto aos bebês e crianças é negar-lhes sua especificidade.

Outro viés a ser problematizado é o da valência privilegiada do saber biomédico que prevalece no cuidado infantil. O usuário tem direito de acesso ao serviço do neuropediatra, do psiquiatra, do psicólogo e de todos os profissionais que atuam na RAPS. Porém, não está clara de qual ordem é a demanda do bebê e de seu cuidador. É necessário, portanto, que sejamos metódicos ao racionalizar sobre esse assunto, pois uma posição hipócrita frente à circulação e ao acesso, pode resultar na perda da dimensão da qualidade desse serviço.

O sofrimento psíquico na primeira infância exige reconhecimento e, dada a sua natureza interdisciplinar, surge uma importante constatação. Percebo a complexidade de se compreender o sofrimento psíquico na primeira infância, por isso a formação nessa esfera de conhecimento se torna imprescindível. É necessário que se inclua os saberes acerca dos sinais de detecção de risco e de intervenções a tempo no preparo dos profissionais da área. Enquanto funcionário da RAPS, entendo que esse diálogo precisa ser permanentemente estabelecido, para que se faça circular os estudos acerca da clínica com bebês.

## **CAPÍTULO 5 – O RASTRO DO SUJEITO DO INCONSCIENTE PELOS TEXTOS QUE UTILIZAM OS IRDI**

Esse trabalho se propôs a percorrer a constituição do sujeito como teoria psicanalítica por meio dos IRDI, inspirando-se na clínica com bebês, nos últimos quarenta anos. Neste capítulo, a proposta é considerar os IRDI como resposta à certas tensões antes mencionadas, pensar na leitura de textos sobre os indicadores, se os impasses postos para sua criação estão presentes nos usos acadêmicos e de que maneira são movimentados e postos a trabalho. Questiono se a solução encontrada pelos autores, que fundamentaram essa tese, é escancarar o impasse e lidar com ele ou apenas recobri-lo com dados sem encaminhá-lo à prática clínica. Pretendo discutir, também, se as tensões necessárias à criação dos Indicadores, abordadas no capítulo anterior, são, de acordo com a literatura sobre o assunto, executáveis. Isto posto, interessa saber – levando em conta as noções de constituição do sujeito – os desdobramentos e os manejos dessas inquietações ao se abordar textualmente os IRDI. De modo geral, questiono, também, o que se apreende com as pesquisas que lidam com o sujeito do inconsciente e a subjetividade, conceitos decantados da clínica, sem os quais os IRDI não existiriam.

Revisitei todo o embasamento teórico desta pesquisa, a fim de conjecturar acerca de possíveis transmissões, possibilidades e impossibilidades das tensões discutidas no quarto capítulo.

Serão utilizados, para tanto, três artigos e uma diretriz de cuidado com autistas que privilegiam os IRDI. São eles: “Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)”; “O laço subjetivante na relação educador-bebê ou a surpresa como dimensão ética”; “Adaptação do instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil para questionário retrospectivo para pais” e “Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil”



(Ministério da Saúde, 2013; Fonseca, 2015; Machado, Palladino e Cunha, 2014; Carlesso, Souza & Moraes, 2014, respectivamente).

Constituímo-nos em uma época em que “mal-estar” é nomeado de diversas formas. Isto é, o modo como são realizados os diagnósticos da psicopatologia psiquiátrica hodierna é um exemplo de como nomear um adoecimento psíquico deixou de significar um cuidado com a complexidade que configura o fenômeno em questão. A sua redução à lógica experimental se encontra tão cristalizada que o aspecto clínico se esvai e a escuta, interpretação e reconhecimento do sofrimento são tidos como obsoletos.

O modo discursivo de lidar, espaço-temporalmente, com o Outro, atualmente, acontece por meio de respostas rápidas, pretensamente completas, competentes e adequadas. Isso se configura de tal modo, que a habilidade de construção de saberes, na contemporaneidade, está sob a égide do consumo, a eficiência, o saber que se afirma pela aplicabilidade e generalização de sua doutrina. Há uma necessidade de identificar as pessoas que nos cercam como iguais, a qualquer custo. O que se traduz na normalidade, na redução do semelhante na diferença a um necessário igual. Isto, por si só, pode engendrar uma dimensão paranóica de funcionamento, sem nos referirmos ao que a ciência já manifesta, o que não passou despercebido pelos psicanalistas (Khel, 2009; Dunker, 2015).

Dessa forma, o inconsciente não implica que os objetos sejam tomados, subjetivamente, de maneira completa. Portanto, o viável, ao se fazer pesquisas, é traçar bordas em torno do que não é possível efetivar em termos linguísticos. Isso nos leva aos impasses e às tensões como lugares de abertura. Ou seja, é a partir dos “becos sem saída”, desses contatos e esbarrões, em que diferentes saberes versam a respeito de um mesmo *corpus*, que se pode produzir conhecimentos acerca de um ‘objeto’ que converge de diferentes campos. Os IRDI, por exemplo, foram criados a partir de um rigor teórico que surge da psicanálise, não sendo, contudo, proposto como resposta fechada ao sofrimento psíquico. Os Indicadores enfrentam a

questão da detecção precoce sem se render ao fechamento diagnóstico. Esclareço que o considerado sofrimento psíquico e o que o diagnóstico representam são aspectos não coincidentes. Isto é, nomear uma psicopatologia não faz com que um sofrimento particular e único seja reconhecido, ainda mais quando se trata da escuta delicada de uma relação entre um bebê e sua mãe.

À medida que o sofrimento engendra a narrativa de um sujeito, o diagnóstico apenas oferece uma etiqueta. Enquanto no primeiro caso, a nomeação pertence a um processo de criação de uma maneira de viver, o segundo prende a pessoa a um signo, que o identifica, mas sem lhe servir de apoio, aprisionando e segregando, sem permitir a singularidade de sua autoria ou reconhecê-lo em sua construção. Dessa forma, conforme observa Pesaro (2010), há que se fazer um uso meticuloso dos conceitos, pois, do contrário, podem operar num sentido inverso ao da compreensão descritiva dos fenômenos e da sua correspondência a processos lógicos de constituição do sujeito. Dessa maneira, a possibilidade de que se leve em consideração a relação da criança e seu(s) cuidador(es) está para além dos Indicadores que compõem o instrumento e sua equivalência ao risco de desenvolvimento psíquico, mas da qualidade dos IRDI nesse contexto complexo.

### **5.1 “Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)”**

As diretrizes de atenção, a serem tratadas neste item, referem-se a um trabalho de reabilitação direcionado à pessoa diagnosticada com transtornos do espectro do autismo (doravante TEA). Apesar de elaborado pelo Ministério da Saúde, não é o mesmo texto sobre o cuidado da RAPS. Este argumento aborda o transtorno como uma deficiência mental. Seu objetivo é “oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e sua família, nos diferentes pontos

de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”<sup>5</sup> (p. 10). Assim, seguindo o escopo dessa dissertação, interessa-me entender como o IRDI é situado nesse documento, já que não é uma ferramenta diagnóstica.

Nessas diretrizes, “autismo é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica”. Entretanto, apesar de “uma etiologia específica não ter sido identificada, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo (anomalia anatômica ou fisiológica do SNC; problemas constitucionais inatos, predeterminados biologicamente). Fatores de risco psicossociais também foram associados.” Na diretiva consta que “os sistemas internacionalmente utilizados na classificação desse quadro são o Código Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o Código Internacional de Funcionalidades (CIF)”. (Ministério da Saúde, 2013, p. 16).

O documento aborda a detecção precoce de sofrimento psíquico como “uma melhor definição de sinais, ou ainda, a uma possibilidade de identificação dos mesmos no período em que a comunicação e expressão individual e social começam a se moldar: primeiros meses de vida.” Nele, destaca-se, também, a importância de não se ater à dimensão intelectual. Isto é, enfatiza-se a “definição de indicadores de risco para o quadro, em várias dimensões” que considerem, por exemplo, o “estudo da linguagem dessas pessoas, que aparece de forma genérica nos apontamentos sobre comunicação privilegiada para descrever o sintoma básico do isolamento” (Ministério da Saúde, 2013, p. 15).

Sigo, então, para o item das diretrizes que elenca as ferramentas de rastreamento. Neste, o destaque é para os instrumentos [que] fornecem informações que levantam a suspeita do diagnóstico, sendo necessário o devido encaminhamento para que o diagnóstico propriamente dito seja realizado por profissional treinado e capacitado para isso. No caso dos Transtornos do Espectro do Autismo, recomenda-se que seja realizado diagnóstico diferencial. (Ministério da Saúde, 2013, p. 29).

---

<sup>5</sup> Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 que institui a Lei Brasileira de nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

São respeitados, aí, os preceitos de afastamento diagnóstico que caracterizam os IRDI e seu uso para o documento, a linha de cuidado posterior à detecção de risco e a reabilitação. (Ministério da Saúde, 2013).

Quanto ao IRDI, é apresentado como um:

...instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento. Criado e validado por um grupo de especialistas brasileiros é de uso livre pelos profissionais da saúde. É composto por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em 4 faixas etárias de 0 a 18 meses, para a observação e perguntas dirigidas à díade mãe (ou cuidador)-bebê. O possível risco para desenvolvimento decorre de indicadores estarem ausentes. (Kupfer *et. al.*, 2009; Lerner, 2011 como citado em Ministério da Saúde, 2013, p. 30).

Considero pertinente a referência aos IRDI, no documento em questão, pois é preciso fazer circular diferentes saberes acerca do sofrimento psíquico na primeira infância. Ademais, a presença dos autores, que criaram o instrumento nessas diretrizes, marca um espaço interessante de interlocução.

## **5.2 “O laço subjetivante na relação educador-bebê ou a surpresa como dimensão ética”**

Este item será embasado nas considerações de Fonseca (2015) acerca da relação educador-bebê e a natureza do laço que se estabelece aí, tendo os indicadores como método de escuta. O campo de estudo da autora é a creche onde trabalha como supervisora dos estagiários do curso de psicologia. Trata-se de um Centro de Educação Infantil (CEI) em que ressoam efeitos de um diagnóstico apressado: uma aluna de dois anos foi considerada autista por um neurologista por meio de uma única consulta.

Desse modo, descobriu-se, ao longo da pesquisa, que a mãe falava muito pouco com a criança – com nisso, as hipóteses de Fonseca (2015) vão girar a partir disso e de seus efeitos na escola. A teórica questiona, então, se “estaria aí a razão dela não falar?”; “como falar disso com as professoras?”; “em que medida um diagnóstico destes deve ser tomado como uma

verdade sobre Martina?”. Como a menina estava na CEI desde o ano anterior ao diagnóstico “será que a creche e os educadores teriam algo a dizer sobre isso?”. Com base nisso, a pesquisadora vai considerar de suma importância, para o caso, o encontro dos saberes pedagógicos e psicológicos, mas se questiona como podem atuar juntos, nisso que surpreende, de maneira efetiva. A aposta de Fonseca (2015) é que isso compreende uma dimensão ética, a acompanhamento em sua posição e percurso.

Fonseca considera o IRDI como “operador de leitura para discutir” as perguntas que elencou no caso da criança, citado acima. A pesquisadora o menciona como “um protocolo de investigação que buscava localizar a presença de determinados indicadores na relação mãe-bebê e daí decorrer uma leitura acerca da tendência inconsciente em curso na constituição subjetiva de determinado bebê” (2015, p. 194). A autora trabalha com a noção de função constitutiva, o que a leva a considerar que não só a mãe opera essa função, mas, igualmente, o professor – já que está implicado, também, no processo de reconhecimento da diferença que propõe em seu texto:

As experiências educativas podem ser consideradas compondo o campo no qual se dá a constituição subjetiva. A Metodologia IRDI se propõe a ser um guia no acompanhamento do laço estabelecido na creche de modo a possibilitar que o educador tome o bebê numa relação singular diante desta rede discursiva da qual participa e por vezes atualiza. (Fonseca, 2015, p. 195)

A teórica problematiza o campo em que atua, fazendo referencia a autores que discutem os efeitos do conhecimento psicológico e pedagógico na escola. Ela destaca o educar – que se confunde com o desenvolver capacidades – e o modo certo de fazer as coisas – advindos de uma anterioridade em relação à prática de ensino, certa espécie de ideal, ou seja, de um jeito correto de ser professor (Fonseca, 2015).

A autora cita cenas em que os funcionários da escola são orientados a “*falar corretamente* com os bebês, evitando assim o uso do *manhês* ou de uma linguagem compartilhada (como pequenas onomatopeias) com a justificativa de que desta forma o bebê aprenderá a falar

corretamente” (Fonseca, 2015, p. 196). A estudiosa não só contextualiza o efeito desses saberes feitos, como o lê com a metodologia mencionada: “Para que uma prescrição possa ser aplicada, o outro é tomado como objeto e o efeito disso será a replicação do conhecimento científico.” E, ainda, “O produto de uma relação complementar entre psicologia e pedagogia é o discurso ideológico que tampona o desencontro fundante que estaria na articulação desses campos”. Por vezes são os bebês que encarnam esse desencontro, desobedecendo o que se espera deles, rompendo com um percurso supostamente generalizável e pautado nas teorias do desenvolvimento.

Inicialmente, a autora localiza o efeito de exceção na aluna diagnosticada, pois já não era tratada com a mesma espontaneidade que as outras crianças da creche. Em seu texto, Fonseca (2015) destaca uma cena de exclusão e a interpreta com o IRDI: a fralda de Martina estava suja, isso é comunicado à educadora que inicia um procedimento técnico, trocá-la:

Martina se recusa, segue na sua brincadeira. A educadora segura-a pelo braço e leva-a ao trocador enquanto a menina chora. Na supervisão aparece justamente esta dúvida: será que, se no lugar de Martina, estivesse outra criança, a educadora teria a mesma atitude? (p. 196)

Fonseca (2015) elenca alguns índices que o IRDI lhe possibilita. Sendo: “A professora propõe algo à criança e aguarda a sua reação?”; “A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa?” e “A professora começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos?”. Para a autora fica claro que a aluna não era tomada como “sujeito e decorre disso que suas expressões não eram tomadas como enunciação” (Fonseca, 2015, p. 197). Para além da ausência ou presença dos indicadores, o que chama a atenção da teórica é a qualidade da relação que se estabelece, ou seja, as posições às quais é possível ler na interação entre a educadora e a aluna.

No processo de ler com seus estagiários as relações estabelecidas dentro da CEI através dos IRDI, a Fonseca (2015) relata que, em uma atividade com um formando, Martina diz: “te-

te-te. Uma criança da mesma idade se aproxima e pergunta para o estagiário do que estavam falando. Ao ser interpelado pela outra criança, o estagiário responde: ‘ela está me dando uma bronca!’” (Fonseca, 2015, p. 197). Fonseca (2015) conclui, desse diálogo, que o laço educador-Martina foi acessado pela leitura dos IRDI.

Compreendo, então, que os Indicadores, ao se afastarem do diagnóstico de maneira radical, possibilitaram a aproximação dos trabalhadores e estagiários para perto de Martina, na sua diferença, naquilo que ela apresentava e que “angustiava as educadoras”, retirando-as de uma posição imóvel e/ou excludente frente à menina (p.199). Aqui a autora leva às últimas consequências a radicalidade de afirmar que estar junto com um autista é, obrigatoriamente, necessário. O que fica subentendido nessa imposição, é uma desqualificação do “estar junto” reduzido à técnica, fazendo do jeito certo - limpando a aluna, prática higienista por natureza - para as exigências científicas e sem ouvir a diferença.

### **5.3 “Adaptação do instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil para questionário retrospectivo para pais”**

Neste item, reflito sobre o trabalho de Machado, Palladino e Cunha (2014), cujo objetivo foi “adaptar o instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) para questionário retrospectivo para pais de crianças de 3 a 7 anos e aplicá-lo em dois grupos de sujeitos” (p. 138). Os autores do estudo em questão assumem que os indicadores que utilizaram não foram criados para o diagnóstico do autismo especificamente: “o IRDI não é um instrumento específico para TEA, mas para os problemas no desenvolvimento infantil de forma ampla.” É no campo da fonoaudiologia e das preocupações de seus profissionais que surgem suas reflexões. Conforme os estudiosos, as “inquietações familiares em relação ao desenvolvimento da linguagem dessas crianças é uma das razões pelas quais o fonoaudiólogo é, em muitos casos, o primeiro profissional procurado pela família, antes mesmo que o

diagnóstico de TEA tenha sido emitido ou investigado” (Machado, Palladino & Cunha, 2014, p. 139).

Considero de extrema relevância a circulação desse instrumento em outros campos do conhecimento, em especial da saúde, que tenham contato com bebês e seus sofrimentos. É preciso acompanhar a maneira como esses autores lidaram com o tema que propuseram. Os teóricos contextualizaram seu método e o dividiram em causuística, material, procedimento e análise estatística:

Participaram do estudo 72 sujeitos — pais de crianças de 2 anos e 11 meses a 7 anos e 7 meses — divididos em dois grupos: Grupo Pesquisa e Grupo Controle. A proposta de modificação do instrumento para questionário transformou os 31 indicadores (afirmações) do primeiro em perguntas de caráter retrospectivo, dirigidas aos pais em formato autoaplicável, com respostas em escala Likert. O IRDI-questionário foi aplicado nos dois grupos estudados. (Machado, Palladino & Cunha, 2014, pp. 138-147).

Entendo que, na tensão entre os métodos clínico e experimental, para os quais os IRDI são respostas, se situa a possibilidade de alteração do modo de execução dos indicadores via crivo da escala Likert no estudo de Machado, Palladino e Cunha (2014). Essa posição pressupõe uma possível ausência da criança na aplicação do instrumento. Assim, excluir o infante da composição discursiva que o enreda pode gerar um grande impacto à escuta do sofrimento psíquico que estabelece em sua relação com o cuidador. Dessa forma, questiono, em primeiro lugar, a veracidade dos dados considerados a partir, apenas, da opinião dos pais sobre os sintomas dos filhos e, em segundo plano, pondero se existe, em todos os casos, uma correspondência entre o que, de fato, ocorre com a criança e as observações de seus cuidadores. Afirmo, depois de todo o percurso dessa pesquisa, não ser possível desconsiderar que os fenômenos sintomáticos operam inseridos na lógica simbólica, mas não podem ser ouvidos supondo uma posição ativa do bebê a partir, unicamente, no que dizem dele.



Outra informação que recorto, a partir do texto de Machado, Palladino e Cunha (2014), é a idade das crianças que fizeram parte da amostra, contadas por seus pais, de três a sete anos de idade. Segundo o estudo, constam como:

...critérios de inclusão: criança com diagnóstico médico de TEA, de acordo com os critérios do DSM-IV(19) (Associação Americana de Psiquiatria, 1995), e ausência de diagnóstico de distúrbios genéticos, metabólicos e/ou neurológicos, com “IRDI-questionário” respondido pelos pais e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais. (Machado, Palladino & Cunha, 2014, p. 139).

Parece-me interessante entender que o trabalho procurava, naquele em que já se sabia estar doente, uma confirmação diagnóstica, pautada no manual de classificação psiquiátrica. Portanto, se pretendia com o estudo, refletir a respeito do que já se efetivara após os três anos. O fato das crianças já terem sido diagnosticadas e estarem em tratamento não apareceu como um viés no manuseio de dados, nem no efeito do diagnóstico sobre o desejo dos pais, referidos no estudo, em relação a elas. A partir disso, preocupo-me com a posição dos autores, acerca dos infantes, após a detecção de risco. É possível que declararem, com base na inaptidão para lidar com o sofrimento, o diagnóstico de portadores de um transtorno do espectro autista. Ou podem, igualmente, oferecer um outro desfecho àquelas avaliadas pelo instrumento validado por eles. Todavia, seja qual for a análise dos estudiosos, o que importa ressaltar é que os IRDI não foram feitos para diagnosticar. Recorto os resultados:

O IRDI-questionário mostrou-se de fácil aplicação, com rapidez no preenchimento (tempo médio de 15 minutos) e baixo custo. A análise das questões que compõem o instrumento revelou boa consistência interna. A comparação entre os grupos, segundo as respostas dos pais às 31 questões do IRDI-questionário, mostrou diferença em 16 delas. (Machado, Palladino e Cunha, 2014, pp. 138-147)

Descobriram, então, o que já se sabiam a respeito dessas crianças. Continuaram sem saber, contudo, sobre os aspectos psíquicos que as afetaram em sua formação. O que se transmite, a partir dos estudos dos autores, são os IRDI como um saber positivista que ratifica diagnósticos num momento temporal que não é o da lógica constitutiva do sujeito.

A investigação desses autores tamponaram as questões que originaram os IRDI, acerca tanto dos efeitos de constatação nas mães que foram ouvidas quanto dos de contar a história de seus filhos sem estar inseridas no acontecer de sua constituição. A partir dessa leitura apressada, os pesquisadores concluem que “foi possível verificar que os itens do questionário recobrem os principais sinais de risco para Transtorno do Espectro do Autismo apontados na literatura. Além disso, as respostas dos pais assinalaram que houve diferença entre os grupos estudados” (Machado, Palladino & Cunha, 2014, pp. 138-147).

#### **5.4 “Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil”**

Como discuto, no primeiro capítulo dessa dissertação, as possíveis alterações nos IRDI são a ausência dos indicadores. Esse aspecto é de suma importância para quem utiliza os índices, pois configura a sinalização de risco proposta por eles. Trabalho agora com um artigo cujo objetivo foi:

...analisar as possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento linguístico e psicológico do bebê e presença de depressão materna, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul. (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 500).

Quando os autores afirmam que seu estudo preservou a lógica constitutiva na díade mãe-bebê, o que lhes interessa é a comunicação que “surge ainda no estágio pré-verbal, por meio de descargas que faz o recém-nascido para liberar suas tensões como, por exemplo, a fome. Essas descargas de emoções ocorrem por meio de gritos, inervação de vasos-sanguíneos, atividade muscular difusa e outras” (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 507). O conceito de díade e as reflexões acerca da capacidade de percepção do humor da mãe e de seus desejos conscientes e inconscientes por parte do bebê, são tomados, pelos autores, de Spitz *et al.* (2000/[1979]), que, porém, não sustenta, teoricamente, os IRDI. Além de perceber a

disposição da mãe, o bebê passa a uma tentativa de moldar-se aos seus desejos, estabelecendo, assim, um “canal de comunicação [que] também vai da mãe para a criança, numa relação equivalente” (Spitz *et al.* como citado em Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p.507). A partir disso é possível entender que, para além de um alívio das excitações que tomam o corpo do bebê, precisa-se colocar destacar o que se produz em termos de desejo, rastro das noções de constituição.

Retomo o artigo, realizado por um setor de audiologia de um hospital, apontando suas sugestões para o cuidado com as mães diagnosticadas com depressão pós-parto. O estudo ressalta a importância de um suporte social que relacione a atuação materno aos aspectos afetivos na relação mãe-bebê, essenciais na constituição psíquica do sujeito, e que não ratifique a ideia, senso comum, de que essa mãe é incapaz de cuidar do seu filho. Para os autores

...a presença de tais conflitos emocionais [transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e psicoses puerperais] está associada a fatores fisiológicos e emocionais e a situações de vida da mulher, como dificuldades do casal, pouco suporte familiar ou gravidez indesejada. Em termos de entendimento psicodinâmico, o nascimento da criança representa o rompimento da simbiose física entre o bebê e a mãe, o que pode desencadear na mãe vivências depressivas e psicóticas, reativadas por conflitos e lutos mal elaborados da infância, além da dualidade entre a situação do perdido, gravidez, e do adquirido, o bebê, comum ao puerpério. (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 500)

Os autores afirmam ainda, embasados nos IRDI e na psicanálise, que

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), constituem um instrumento que tem capacidade preditiva de problemas no desenvolvimento infantil, sejam eles específicos à linguagem ou à dimensão psíquica. Para tanto, possuem conceitos operatórios que cumprem a função de organizadores e orientadores da seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento, sendo eles quatro eixos teóricos: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), função paterna (FP). (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, pp. 500-501)

A afirmação acima retoma algumas tensões já discutidas nos capítulos anteriores. Uma delas é o destaque à predição dos problemas no desenvolvimento, mesmo que a detecção de

risco não tenha qualquer relação com o diagnóstico feito antes. É de praxe, também, inferir que determinado bebê sofrerá problemas de desenvolvimento, enquanto um outro não. Isso é arriscado, pois, segundo os conceitos que sustentam os IRDI a partir da clínica com bebês, a estrutura psíquica da criança está sempre em evolução. Dessa forma, reitero que a constatação precoce considera, sobretudo, em suas análises, a relação entre mãe e bebê.

É necessário refletir sobre a diferenciação, proposta pelos autores, entre os “problemas específicos à linguagem ou à dimensão psíquica” (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 501). A medida que se trabalha com o conceito de constituição do sujeito, é impossível considerar qualquer fenômeno comportamental do bebê –balbucios, movimentos do corpo, entre outros, seja voluntário ou não – fora do campo da linguagem. Sem dúvida, no bebê ainda não há um aparelho psíquico constituído, mas, para que se desenvolva, é preciso que o campo da linguagem opere. É, igualmente, imprescindível ampliar a compreensão que temos de linguagem para além de uma expressão comunicativa por meio da fala: o que está em jogo na constituição do sujeito é a língua como oposição, sistema de valores.

A metodologia utilizada para condução do trabalho dos estudiosos é descrita da seguinte forma:

...a pesquisa foi realizada com 165 díades mães - bebê em Hospital Escola no qual as crianças realizavam triagem auditiva neonatal, no período de março a maio de 2010. Na coleta de dados foram utilizados um roteiro de entrevista sobre informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, a aplicação do Inventário de Depressão de Beck e dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 500).

A escolha dos pesquisadores pela via da psicopatologia está bastante explícita. O estudo se mostraria mais pertinente se o tivessem embasado em dados demográficos, psicossociais e socioeconômicos, pois são variáveis que atravessam, de forma mais coerente e promissora, a constituição do sujeito. Destaco, também, da afirmação dos autores, a permeabilidade dos

Indicadores à circulação nos lugares que se dedicam aos cuidados básicos com o crescimento e maturação dos bebês e, portanto, com alguns aspectos de seu desenvolvimento.

Os teóricos escolheram, para seu estudo, o que eles chamam de “tipo quantitativo, de corte”. Para fins de cálculo amostral “foi utilizado à prevalência da depressão materna no período pós-parto no Brasil, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 10% a 15%”. A investigação envolveu tanto o bebê quanto a mãe:

A amostra foi selecionada a partir dos seguintes critérios: todos os bebês pré-termo, a termo e pós-termo de ambos os sexos, com idade de 1 a 4 meses, aprovados na triagem auditiva neonatal e suas respectivas mães. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, os bebês que falhassem na triagem auditiva e que apresentassem malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento. (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 501)

Interessou, para a análise proposta dos teóricos, os resultados do Inventário de Depressão de Beck, que, como os IRDI – também utilizados na pesquisa – não possui fins diagnósticos. Os autores, porém, o consideram um escore de intensidade da depressão. A fim de esclarecer suas escolhas, os pesquisadores ressaltam que : “Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram utilizados, pois constituem um instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento da criança, especificamente quadros psicológicos de autismo e psicose e casos de retardos de linguagem” (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 502).

Reitero, portanto, que as expressões “quadros psicológicos de autismo e psicose” e o termo “retardos” indicam a via da psicopatologia, em especial a voltada para o diagnóstico classificatório. Sem dúvida a ausência de quaisquer indicadores no momento de uso do instrumento indicam algo, mas não a certeza de que o risco que está estabelecido na relação entre mãe e bebê se concluirá em quadros psicológicos específicos. Não se trata da certeza de que isso já está posto, mas da possibilidade de trabalhar junto à essa relação.

Esse estudo em questão abordou apenas a primeira faixa etária proposta pelos IRDI, porém os autores ressaltam a continuidade do acompanhamento dos pares, bebês e mães, longitudinalmente. Talvez por isso não há, aqui, a diferenciação dos indicadores de risco para o desenvolvimento e os que indicam risco de sofrimento psíquico. Carlesso, Souza e Moraes (2014, p. 502) observam que “Os bebês seguiram sendo estudados até os 24 meses, da qual este artigo enfoque apenas a primeira fase evolutiva dos bebês e sua mãe”. Essa afirmação explicita uma tensão, já sugerida, sobre o equívoco de se compreender a evolução de uma subjetividade com fenômenos comportamentais observáveis, ou seja, desempenho de funções. Sobre a aplicação do Inventário de Depressão de Beck os teóricos afirmam que: “Por se tratar de participantes que conduziam seus bebês no colo, a pesquisadora anotou as respostas da entrevista e também da escala de avaliação da depressão” (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 503). Enquanto o inventário foi respondido pela mãe, os IRDI foram preenchidos a partir de filmagens, de cerca de cinco minutos, das mães e dos bebês.

Compreendo que a função dos Indicadores é mobilizar no cuidador a narração de sua relação com seu bebê e ressaltar aspectos daí, ainda não observados por ele. Do mesmo modo que o inventário mobilizou um cuidado posterior: “As mães que apresentaram depressão conforme a análise da entrevista e pela avaliação do BDI foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também de acompanhamento psicológico individual.” Não seria o caso de sair da dimensão de quem olha a relação mãe e bebê de fora e aplicar os IRDI de modo a produzir efeitos da sua utilização no par estudado e pensar cuidados possíveis para estes pequenos? A posição, dos investigadores, se ratifica na afirmação: “Em caso de dúvida em relação à atribuição de valores aos IRDIs a díade foi retestada em até uma semana” (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, p. 503). Seria pertinente se os autores substituíssem uso instrumental dos indicadores por uma metodologia que pensasse os efeitos de seu próprio processo. Ou seja, que refletisse sobre a posição da mãe, o que estaria sentindo, por exemplo, no momento

em que a pesquisa ocorre, principalmente, no período em que está sendo filmada com o seu bebê.

Foram 165 bebês e suas mães estudados pelos autores. Assim, apesar de todos os critérios metodológicos estarem estatisticamente claros e ratificados cientificamente, é necessário refletir sobre os efeitos disso nas mães e nos bebês. Algo que interessa, e muito, no uso dos Indicadores é essa marca da clínica, em que o olhar sempre se seguirá a uma escuta de qualidade, o não se verificou-se no estudo em questão. Sobre os resultados e conclusões, os estudiosos afirmam que “houve diferença estatisticamente significativa, pois mães com maiores escores de depressão apresentaram mais risco ao desenvolvimento de seus filhos”. Observam, ainda, que “a análise realizada apontou que há maior proporção de bebês com risco ao desenvolvimento, quando os níveis de depressão materna são elevados no período pós-parto” (Carlesso, Souza & Moraes, 2014, pp. 505-508).

Carlesso, Souza e Moraes (2014) afirmam, ao concluir a pesquisa, terem comprovado a hipótese que norteou seus trabalhos. Isto posto, espero, que não utilizem as marcas de constituição dos IRDI apenas para comprovar riscos, haja vista a abrangência da teoria psicanalítica, acerca da constituição do sujeito, em seus estudos. Arrisco-me, ainda, no desejo de que a dimensão simbólica do significante possa operar de fato no campo do cuidado com bebês, incluindo todas as especificidades que isso possa comportar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção teórica do campo psicanalítico acerca da clínica com bebês possui uma vasta contribuição para a detecção de risco e intervenção precoce. A primeira infância é um tempo de inscrições fundantes e de abertura para desfechos singulares na relação entre o bebê e seu cuidador – responsável por realizar as operações chamadas de função materna. Para além dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, tanto em sua versão completa quanto na específica para detecção de risco de sofrimento psíquico, existem outros modos de constatação que são efetivos e partem de outros modelos nosológicos. Ademais, esse instrumento pode ser tomado como um pretexto para o encontro de profissionais que compõem os cuidados do bebê e da mãe. Pois, as problematizações sobre o assunto devem ultrapassar o que o crescimento e a maturação mostram, ou seja, é necessário caminhar em direção à qualidade do que se efetiva nesse laço com a alteridade.

Afirmo, sobre a constituição dos Indicadores, que os efeitos de sujeito, tais como a implicação de um sofrimento para além da dimensão política na rede de saúde mental pública, são notáveis. Sustento, ainda, que a circulação dos IRDI carregam as noções de constituição, o que traz consequências imprescindíveis no campo da saúde pública que se dedica ao cuidado de bebês e suas mães. Destaco, também, a importância da política pública de saúde para o andamento da pesquisa que deu origem a esses Indicadores. Observo que o trabalho de constituição destes, a história da pesquisa multicêntrica, sua estrutura e sua aparência são pensados para que haja, aí, a circulação entre profissionais de diversos campos de conhecimento.

Foi possível discernir duas versões da constituição do sujeito e isso me fez circular entre diversas elaborações teóricas psicanalíticas, mas, do mesmo modo, em outros campos, como da política, da fonoaudiologia e da educação. Ademais, a escrita desse trabalho me auxiliou a sanar algumas inquietações. Foi possível, pois, separar a dimensão discursiva do método e sua



prática como campo propriamente científico. Da mesma forma, desfiz um engano teórico, sério, sobre os conceitos de sujeito e de subjetividade, resguardando a dimensão de resto e de falta, imprescindíveis para a noção de constituição do sujeito. Em último lugar, tratei dos conflitos entre política e clínica que possibilitam, por um lado o trabalho prático e, por outro, a negligência do sofrimento psíquico com explicações, exclusivamente, sociais. Afirmo, que, de fato, os IRDI mostraram-se uma saída de trabalho possível para essas tensões. É necessário ressaltar, contudo, que os Índices não carregam a pretensão de se mostrarem completos, únicos e verdadeiros, pois abrigam a noção de constituição do sujeito fundamentada pela clínica psicanalítica cujo mote é o de que o sujeito insiste.

O percurso dessa pesquisa sobre a constituição do sujeito e a detecção de risco foi de suma importância para que eu ingressasse na RAPS. Além de possibilitar uma participação na Educação Permanente em Saúde Mental do município de Uberlândia. Viabilizou, também, um envolvimento nas discussões propostas pelo Programa de Ações em Saúde Mental, em especial para a primeira infância. São nesses ambientes que percebo os modos de se confluir teoria e prática. Ademais, o processo de feitura dessa dissertação autorizou-me a um saber-fazer, que envolve um rigor ético, frente ao sofrimento psíquico dos bebês. Compensou, desse modo, não desistir dessa epistemologia que supõe uma ética: a clínica com bebês.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, D. C. (2007). Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. *Estilos da Clínica*, 12(23), 68-77. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282007000200006&lng=pt&tlng=PT](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282007000200006&lng=pt&tlng=PT)
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: Cirino O. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças*, n. 26-27. Paris, Navrin, 1983 Belo Horizonte: Autêntica, 1992.
- Bernardino, L. M. F. org. (2006). O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição. São Paulo: Escuta.
- Bernardino, L. M. F. e Mascarenhas, C. orgs. (2002). O Bebê e a Modernidade: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília - DF. p. 86.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014b). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos. Brasília - DF. p. 60.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2015). 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. p. 156.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília – DF. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>
- Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Cavalcanti, A. E., Escobar, A. M. de U., Fingerhann, D., Kupfer, A. C. M. e Rocha, P. S. (2008). Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: Lerner e Kupfer, M. C. M. (Orgs.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta. pp. 49-62.
- Cirino, O. (2015). Genealogia da psiquiatria da infância. In: Kamers, M., Mariotto, R. M. & Voltolini, R. (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta. pp. 19-40
- Dunker, C. I. L. (2011). Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, Sofrimento e Sintoma - uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.

- Freud, S. (1914) À guisa de Introdução ao Narcisismo. Obras Psicológicas de Sigmund Freud - Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Volume I. Coordenação Geral da tradução: Luiz Alberto Hanns. p. 95-131, 2004.
- Jerusalinsky, J. (2002). Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In: Kamers, M.; Mariotto, R. M. M. e Voltolini, R. (orgs.). Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência. São Paulo: Escuta.
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B. *et al.* (2009) Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 6(1), 48-68. Recuperado de [http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin\\_american/v6\\_n1/valor\\_preditivo\\_de\\_indicadores\\_clinicos\\_de\\_risco\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_infantil.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf)
- Kupfer, M. C. M., Bernardino, L. M. F., Jerusalinsky, A. N., Rocha, P. S., Lerner, R., & Pesaro, M. E. (2008). *A pesquisa IRDI: resultados finais. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*, pp. 221-230.
- Lacan, J. (1945). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 197-213.
- Lacan, J. (1956-57). *O seminário, livro IV: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- Lacan, J. (1959-1960). *O seminário, livro VII: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- Lacan, J. (1962-1963). *O seminário, livro X: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- Lacan, J. (1964). *O Seminário, livro XI: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- Lacan, J. (1969-1970) *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991
- Laznik, M. C. (2000). A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Estilos da Clínica. Revista sobre a infância com problemas*, 5(8). <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v5i8p80-93>
- Lebrun, J. P. (2008). *A perversão comum: viver juntos sem outro*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)

Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 que institui a Lei Brasileira de nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

Morin, E. (2002). *O método vol. 1-a natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina.

Paravidini, J. L. L. (2002). *Desenvolvimento emocional infantil precoce: intervenções terapêuticas com crianças em risco de sofrimento psíquico grave*. Tese de Doutorado – Curso de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Pesaro, M. E. (2010) *Alcance e limites teórico-metodológicos da Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. Tese apresentada o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Pesaro, M. E. (2015). História da psicanálise de crianças: contribuições para a constituição de novos sujeitos. In: Kamers, M., Mariotto, R. M. & Voltolini, R. (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta. pp.41-54

Pesaro, M. E. e Kupfer, M. C. M. (2010) O lugar da Psicanálise na Pesquisa IRDI. In: *O Declínio dos Saberes e o Mercado do Gozo*. São Paulo. Recuperado de <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/lepsi/n8/a46n8.pdf>

Porge, E. (2014). *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Campinas, SP, Brasil. Mercado das Letras. pp.

Spitz, R. A., Cobliner, G., da Rocha, E. M. B., Silva, M. S. M. (2000/[1979]). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*.

Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vorcaro, A. (2004). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

## ANEXOS

## Anexo A – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)

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

	contentando apenas com gestos. [FP]
--	-------------------------------------

	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.
--	--

	[FP]
--	------

	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios. [FP]
--	--

**Anexo B – Indicadores de risco específicos para sofrimento psíquico (IRDI-18)**

<b>Idade em meses</b>	<b>Indicadores [Eixos teóricos]</b>
<b>0 a 4 meses incompletos</b>	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. [SS/ED] 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”). [SS] 3. A criança reage ao “manhês”. [ED] 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. [PA] 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. [SS/PA]
<b>4 a 8 meses incompletos</b>	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. [ED] 7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. [ED] 8. A criança procura ativamente o olhar da mãe. [ED/PA]
<b>8 a 12 meses incompletos</b>	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. [ED/SS] 10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. [ED] 11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. [SS/PA] 12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. [FP] 13. A criança faz gracinhas. [ED] 14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. [ED]
<b>12 a 18 meses incompletos</b>	15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. [ED/FP] 16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. [ED/FP] 17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. [FP] 18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. [FP]