



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

VIVIANE STIPP ABDALLA

**REPERCUSSÕES DA NOMEAÇÃO DIAGNÓSTICA SOBRE A
CAPACIDADE NARRATIVA DOS PAIS DE CRIANÇAS COM SINAIS
DE SOFRIMENTO PRECOCE**

CAMPINAS
2023

VIVIANE STIPP ABDALLA

**REPERCUSSÕES DA NOMEAÇÃO DIAGNÓSTICA SOBRE A
CAPACIDADE NARRATIVA DOS PAIS DE CRIANÇAS COM SINAIS
DE SOFRIMENTO PRECOCE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde,
Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de concentração
Interdisciplinaridade e Reabilitação

ORIENTADORA: PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA VIVIANE STIPP ABDALLA, E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Ab31r Abdalla, Viviane Stipp, 1992-
Repercussões da nomeação diagnóstica sobre a capacidade narrativa de pais de crianças com sinais de sofrimento precoce / Viviane Stipp Abdalla. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Kelly Cristina Brandão da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Parentalidade. 3. Diagnóstico. 4. Narrativas. 5. Psicanálise. I. Silva, Kelly Cristina Brandão da, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Impact of the diagnostic naming on the narrative capacity of parents of children with early signs of distress

Palavras-chave em inglês:

Child development

Diagnosis

Parenting

Narratives

Psychoanalysis

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestra em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Kelly Cristina Brandão da Silva [Orientador]

Ariana Lucero

Daniel Omar Perez

Data de defesa: 30-06-2023

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-3207-9521>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0050662088967382>

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE
MESTRADO/DOCTORADO**

VIVIANE STIPP ABDALLA

ORIENTADOR: KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

2. PROF. DR. ARIANA LUCERO

3. PROF. DR. DANIEL OMAR PEREZ

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 30/06/2023

Para meu filho Caio que, assim que deu
notícias de sua presença, me convocou a narrar.

RESUMO

O exercício das funções parentais é fruto de uma longa construção tecida no encontro com o filho. Diante dessa perspectiva, situações ou diagnósticos que impliquem em riscos ao desenvolvimento da criança podem provocar impasses nos exercícios das funções parentais e na capacidade narrativa dos pais. Além disso, o modelo diagnóstico atual, preconizado pelo Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), tem sido utilizado de maneira inflexível e rígida, não levando em conta a complexidade da subjetividade humana e a singularidade de cada sujeito. Nesse contexto, esta pesquisa objetivou discutir, a partir do referencial teórico da psicanálise, os possíveis efeitos da hegemonia das nomeações diagnósticas na capacidade narrativa dos pais de bebês e crianças diagnosticadas na primeiríssima infância, a partir de atendimentos vinculados ao Programa de Treinamento em Serviço para Profissional de Saúde (FCM/UNICAMP) realizados no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação” Prof. Dr. Gabriel O.S. Porto (CEPRE/FCM/UNICAMP). Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa longitudinal, realizada em um período de 5 meses. Como estratégia metodológica, optou-se pelo estudo de caso. Por se tratar do atendimento de uma criança pequena, os dados da pesquisa incluem também a escuta dos pais. Como recurso metodológico de apreensão do discurso dos pais da criança, utilizamos entrevistas psicanalíticas, assim como a técnica de observação-livre, com anotações em diário de campo, o qual permite o registro de impressões subjetivas, sensações e associações durante o processo clínico de intervenção. Pode-se concluir que a nomeação diagnóstica, quando se sobrepõe à nomeação simbólica, que se efetua a partir dos significantes familiares, afeta o laço dos pais com seus filhos e, conseqüentemente, o exercício das funções parentais.

Palavras-chave: funções parentais; narrativa; psicanálise; diagnóstico; constituição psíquica.

ABSTRACT

The exercise of parental functions is the result of a long process activated during childcare. Under this perspective, situations or diagnoses that imply risks to the child's development can cause impasses in the exercise of parental functions and the parents' narrative capacity. In addition, the current model of diagnosis recommended by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) has been used in an inflexibly and rigidly way, not taking into account the complexity of human subjectivity and the uniqueness of each subject. Thus, based on the theoretical framework of psychoanalysis, this study presents a discussion concerning the possible effects of the hegemony of diagnostic naming on the narrative capacity of parents of young autistic children. The study was based on consultations carried out at the children's outpatient facility of the Center of Studies and Rehabilitation Research (CEPRE/FCM/UNICAMP). This was a qualitative longitudinal research carried out over 5 months. The methodological strategy chosen was a case study. As it was about the care of a young child, the research data also included listening to the parents. The study used psychoanalytic interviews as well as the free-observation technique as methodological resources for apprehending the discourse of the child's parents. Notes were taken in a field diary, which allowed the recording of subjective impressions, sensations and associations during the clinical process of intervention.

Keywords: child's development; psychoanalysis; diagnoses; parental functions; narrative.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
1.1 O processo de constituição psíquica do sujeito.....	12
1.2 Sofrimento psíquico na primeira infância.....	18
1.3 O narrar e a contemporaneidade.....	25
1.4 Narratividade, parentalidade e subjetivação.....	29
1.5 A repercussão da nomeação diagnóstica na infância.....	32
2. METODOLOGIA.....	38
3. RELATO E DISCUSSÃO DO CASO.....	41
3.1 Algumas considerações acerca dos atendimentos online.....	42
3.2 Entrevistas iniciais.....	45
3.3 A história da mãe.....	57
3.4 A história do pai.....	60
3.5 Os primeiros atendimentos virtuais com Pedro e sua mãe.....	64
3.6 Vídeos de cenas cotidianas gravados pela família.....	66
3.7 Encontros com Pedro.....	71
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

APRESENTAÇÃO

A questão da narratividade, para aqueles que trabalham com psicanálise, é um tema fundamental e inevitável, uma vez que envolve a fala e a escuta, as palavras, a história, o laço com o outro, a experiência e a subjetividade. Como afirmou o psicanalista Gutfriend: “a narrativa é a ponte que liga o eu ao outro e que fará sentir-nos existindo verdadeiramente, pois se faz ver/sentir pela experiência e pela palavra”. Para escrever esta apresentação, inclusive, me vi convocada a resgatar, organizar e nomear parte do meu percurso profissional, estabelecendo uma relação com o tema escolhido para a pesquisa, ou seja, me vi narrando. Narrar, porque essa tarefa exige uma nomeação própria, uma relação com as minhas questões subjetivas e minha história.

Após a conclusão do curso de graduação em Psicologia pela UNESP de Bauru, iniciei uma especialização em Psicoterapia Psicanalítica na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde tive meu primeiro contato com os estudos e atendimentos psicanalíticos de bebês. Um dos estágios do curso foi realizado no Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA) da UNIFESP, uma instituição ligada ao Departamento de Psiquiatria, e, dentre as diversas propostas de atendimento oferecidas por esse serviço, fiquei bastante envolvida àquele que se dedicava aos cuidados de bebês com sinais de sofrimento psíquico.

Ao acompanhar os estudos e supervisões dos casos atendidos, uma das características que me chamou bastante a atenção foi a importância e o cuidado do corpo clínico em escutar as famílias e colher a história de todos os familiares responsáveis pelos cuidados dos bebês. Diferentemente do que se costuma ver no campo médico, além do diagnóstico ou das dificuldades da criança, importava ouvir a história pessoal dos cuidadores e a narrativa de cada um com relação à criança. Além disso, o contato com a equipe, constituída por psiquiatras, psicólogos, psicanalistas e fonoaudiólogos, me mostrou toda a complexidade e beleza dos processos precoces e dos laços primordiais, assim como a necessidade de um olhar atento a sinais de sofrimento psíquico e intervenção a tempo na criança e em seus pais.

Ao finalizar a especialização, senti o desejo de me debruçar mais sobre o assunto e tive a oportunidade de participar, na UNICAMP, junto à Professora Kelly Brandão da Silva, do Programa de Treinamento em Serviço para Profissionais de Saúde, intitulado “Intervenção Precoce em Crianças de 0 a 3 anos”, realizado no

Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (CEPRE/FCM/UNICAMP), e iniciar o mestrado na área. Nesse programa, pude me aproximar mais da teoria psicanalítica lacaniana e participar de estudos, supervisões e atendimentos de crianças com sinais de fechamento autístico e sofrimento psíquico.

Ao iniciar os atendimentos das crianças, e acompanhando os relatos dos colegas nas supervisões, passei a observar o discurso dos pais com relação aos filhos e perceber, em muitos casos, certo emudecimento deles diante das dificuldades no laço com o filho, como se fosse impossível oferecer-lhe um lugar na filiação, a partir de uma tradição familiar. Desta percepção, surgiram os questionamentos que deram norte a esta pesquisa: Quais os efeitos dos atravessamentos das nomeações diagnósticas na capacidade narrativa dos pais de crianças com diagnóstico precoce? Que efeitos a dificuldade em colocar em circulação elementos significantes que compõem a trama familiar podem ter sobre a criança pequena e seu processo de subjetivação?

A partir desses questionamentos, este estudo buscou investigar as repercussões da nomeação diagnóstica sobre a capacidade narrativa dos pais de crianças pequenas com impasses nas operações constituintes do sujeito.

Para responder a essas questões, iniciei a fundamentação teórica do trabalho tratando do processo de constituição psíquica do sujeito, segundo o referencial teórico da psicanálise lacaniana. Entender esse processo e as principais operações envolvidas são fundamentais para a compreensão do sofrimento psíquico e da clínica psicanalítica da primeiríssima infância – tema que abordei na segunda sessão do trabalho. A compreensão do sofrimento precoce orienta as intervenções do clínico com os pequenos e suas famílias, e para embasar teoricamente as discussões a respeito do tema utilizei resultados de pesquisas de autores envolvidos com a prática clínica de crianças nesta faixa etária, tal como as psicanalistas Graciela Crespin e Julieta Jerusalinsky.

Ao considerar que a constituição do sujeito ocorre por meio das relações e dos laços que ele estabelece em um determinado tempo e cultura, o terceiro tópico, denominado “O Narrar e a Contemporaneidade”, visa apresentar ao leitor algumas das contingências do recorte cultural que consideramos significativas para pensar a questão da capacidade de narrar dos sujeitos na atualidade. Para isso, partimos da problemática da relação do sujeito com a temporalidade e com a narrativa, a partir das contribuições do filósofo Walter Benjamin e do psicanalista Celso Gutfreind. Por fim,

o último tópico da fundamentação teórica, denominado “A repercussão da nomeação diagnóstica na primeira infância”, apresenta os possíveis impactos da nomeação diagnóstica e da hipervalorização do saber dos especialistas sobre o exercício das funções parentais.

Encerro essa apresentação emprestando de Celso Gutfreind (1) um recorte narrativo que muito diz sobre narratividade, parentalidade e subjetivação:

Das máximas de meu avô, a maior era: — A gripe entra pelos pés. Desde que ouvi isso pela primeira vez, cresci, casei e tive filhos. Estudei a ciência, e esta, mais de três vezes provou com folga que a gripe não entra pelos pés. Entra pelo nariz, pela boca, pela falta de imunidade. Adiantou? Nada. É me esquecer de pôr as meias no verão, as pantufas no inverno. É abusar do chinelo, ou pior, dos pés no chão. E a gripe entra. Contra a lógica, contra a vacina, e a favor do meu avô. Mas não sou o único. A gripe entra pelos pés de minha mãe, do meu pai e de minha tia avó-tirana. Toda família tem uma tia-avó tirana. Mas nem toda tem pés frágeis por onde a gripe entra.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“O começo da vida é repleto de cuidados reais e afetos ainda sem nome. O começo da vida é lírico (poético), mas também épico, dramático. Entre pais e bebês agindo em busca de apego e sentido, nasce a subjetividade” (1)

1.1 O processo de constituição psíquica do sujeito

Os estudos contemporâneos oriundos da clínica psicanalítica com bebês e seus pais evidenciam a desnaturalização do desenvolvimento infantil, já que a linguagem, na qual o bebê está imerso antes mesmo de nascer, por meio das expectativas parentais, explicita a complexidade da constituição do psiquismo, o qual só pode se efetivar na relação com o outro.

O ser humano é, fundamentalmente, um ser de relação e, desse modo, o sujeito se constitui a partir da relação com o Outro Primordial, como é nomeado a partir da psicanálise lacaniana. Esse Outro, grafado em maiúsculo, é, para essa teoria, uma presença real que responde a uma função simbólica. É de onde vêm as determinações simbólicas do sujeito, constituído por uma rede de significantes que o antecede. O bebê humano precisa de um outro que o confirme, que lhe dê uma identidade e lhe diga quem é, viabilizando, assim, o seu ingresso no universo simbólico.

Segundo a abordagem psicanalítica, o nascimento do ser humano não é equivalente ao nascimento do sujeito. Este, para que venha a se estabelecer, depende de uma série de operações psíquicas e inscrições que acontecem, fundamentalmente, nos primeiros anos de vida (2).

Vale comentar que, para Lacan, a linguagem como estrutura é um elemento fundamental no processo de constituição do ser humano. Ele afirma: “a linguagem com sua estrutura preexiste à entrada que nela faz cada sujeito a um dado momento de seu funcionamento mental” (3). Dessa forma, ao nascer, o bebê depara-se imerso em um mundo de linguagem o qual ele desconhece e, acrescido a isso, diferentemente dos outros animais, no ser humano os atos que levam à satisfação das necessidades mais básicas não são traçados pelos instintos, mas pela linguagem e, portanto, dependem da relação com os outros humanos.

Para tratar da constituição do sujeito, o autor propõe duas operações fundamentais denominadas “operações de causação do sujeito”: a alienação e a separação. Trata-se de uma compreensão da constituição do sujeito desde as operações por meio das quais o bebê se apropria dos elementos da estrutura do Outro (alienação), para então dele se separar e se singularizar (separação). É na relação do bebê com o Outro primordial, a partir do exercício das funções materna e paterna, que tais operações constituintes encontram suporte e podem operar.

Em um primeiro momento, o bebê, submetido à própria insuficiência psíquica e orgânica, depende dos cuidados de um outro humano para assegurar sua sobrevivência. Esse Outro passará a acolher e atender o recém-nascido em sua condição de desamparo inicial por meio de respostas aos sinais de apelo emitidos por ele, supondo-o sujeito e localizando-o no campo da cultura humana (4), em que pode ter suas vivências e experiências significadas e representadas na linguagem (2). A função materna é aquela que dá suporte à primeira operação denominada alienação. Nas palavras de Kupfer (5):

No exercício dessa função, uma mãe sustenta para seu bebê o lugar de Outro primordial. Impelida pelo desejo, antecipará em seu bebê uma existência subjetiva que ainda não está lá, mas que virá a instalar-se justamente porque foi suposta. Desenhará com seu olhar, seu gesto, com as suas palavras, o mapa libidinal que recobrirá o corpo do bebê, cuja carne sumirá para sempre sob a rede que ela lhe tecer.

Assim, o processo de constituição depende da construção de um lugar “a priori”, um lugar imaginário para o bebê no psiquismo dos pais (6). Winnicott (7) denominou “loucura necessária” o movimento da mãe de ouvir e supor, nos gritos do bebê, pedidos endereçados a ela, antes mesmo que esse seja capaz de fazê-lo. A mãe (ou aquele que exerce a função materna) toma imaginariamente o bebê como objeto privilegiado de seu desejo e “empresta” ao nascente seu próprio código simbólico, a partir das marcas de seu próprio processo constitutivo. O bebê, nesse processo, mais do que alimentos e cuidados, recebe palavras, e é convocado ao mundo da linguagem, passando do registro das necessidades ao registro da demanda.

Freud (8), em suas reflexões acerca do narcisismo, reconhece a atitude terna, de cuidado e superestimação dos pais com relação aos filhos, como uma revivência do próprio narcisismo parental transformado em amor objetal. O bebê é

lido e investido a partir de um lugar privilegiado no desejo dos pais. Os significantes ofertados ao filho têm história, não são alheios, e dizem respeito a um lugar, a uma filiação.

É o lugar no desejo dos pais que abre uma possibilidade subjetiva à nascente e é em relação a esse desejo que a criança virá a se estruturar. A esse respeito, Faria (9) afirma:

A particularização do interesse da mãe nos cuidados que ela dedica a seu filho é o que faz do vínculo mãe-filho não apenas um vínculo fundamental, mas estruturante na medida em que ele é único. Os cuidados maternos, aparentemente universalizáveis – a alimentação, a higiene, etc. – só têm importância na medida em que há essa particularização, na qual cada criança é marcada por **um lugar específico na economia do desejo da mãe**. Se não fosse assim, como seria possível à mãe supor na criança demandas, vontades, desejos e, em si mesma, a capacidade de interpretar essas supostas demandas?

Assim, há de se considerar que a condição *sine qua non* para que o exercício da função materna ocorra é o desejo. Segundo Lacan (10), um desejo não anônimo, que traz “a marca de um interesse particularizado”.

O desejo permite ao Outro primordial envolver o real do corpo do bebê com representações, palavras e dizeres familiares que, juntos ao cuidado das necessidades orgânicas, o erotizam e abrem a possibilidade de ele advir como sujeito. A esse respeito, Catão afirma: “o dizer do Outro primordial dirigido à criança testemunha seu desejo, desejo de que o infans venha a falar, que ele acrescente uma palavra ao vazio da falta enunciada pela mãe”. O corpo do bebê, nesse primeiro momento, pode ser visto como um receptáculo do discurso dos pais, um lugar de inscrição (11).

Assim, a função materna é aquela que possibilita o primeiro suporte no campo da linguagem para a criança. Trata-se de uma localização do bebê na cadeia significativa familiar e uma oferta de significantes. Esse período de assujeitamento do bebê ao discurso do Outro, o autor denominou alienação: “a primeira operação essencial em que se funda o sujeito”.

Além desse movimento desejante do agente materno com relação ao bebê, para que essa primeira operação de causação ocorra, é preciso que o bebê ativamente “se deixe alienar”, como afirma Catão (12): “de início, é preciso que o ser

suposto falante tome emprestada a voz do Outro, que ele aceite incorporá-la para que, *a posteriori*, ele possa falar em seu próprio nome”.

Fernald (13), um dos fundadores da psicolinguística, interessou-se em estudar a forma particular como as mães dirigem-se a seus bebês recém-nascidos. O autor observou que esses, desde o nascimento e antes mesmo da primeira experiência de satisfação alimentar, se mostram atentos e capturados pela forma muito particular da fala materna, a qual denominou “manhês” (“*motherese*”). A prosódia particular presente no manhês, segundo o autor, envolve reações de estupefação, surpresa e, ao mesmo tempo, grande prazer. Julieta Jerusalinsky (14) destaca que, nesse “diálogo prosódico”, o bebê começa a ser pulsionalizado e erotizado pela voz. Em termos psicanalíticos, pode-se dizer que o “manhês”, com sua melodia e prosódia únicas e endereçadas ao bebê, fomenta o processo da alienação. Segundo Laznik (15), os bebês apresentam, desde muito cedo, “uma apetência extraordinária para o gozo que sua presença desencadeia no Outro materno”.

Dessa maneira, no percurso constitutivo do pequeno sujeito, é esperado que haja um duplo movimento simultâneo da mãe “ao mesmo tempo de atribuição de sentido e de deslumbramento diante da emergência desse sentido que ela mesma produz pela sua escuta” (16), e uma apetência simbólica do bebê que o torna aberto e desejante daquilo que o outro lhe transmite ao cuidar dele. A respeito desse fenômeno, Catão e Vivès (12) afirmam:

Na maioria das vezes, o bebê se interessa pelo endereçamento que o Outro faz a ele, assim como pelo prazer do Outro percebido por ele. É o que caracteriza o terceiro tempo da pulsão, nomeado passivo por Freud, o tempo de se fazer ao Outro, como Lacan nos indica. Deste jogo de sedução, que implica o “sim” concebido pelo infans à dimensão musical da voz do Outro, advém sua alienação primordial ao campo da linguagem.

Laznik (17), em seu livro “A voz da sereia”, aponta o bebê como coparticipante do processo de formação do eu. A autora, para pensar a questão do autismo, retoma a importância dos três tempos pulsionais descritos por Freud e os relaciona aos processos de constituição do sujeito. Segundo a autora, há sinais clínicos observáveis que podem nos indicar a não-instauração completa do circuito pulsional no bebê e, assim, um risco de estruturação autística da criança.

O primeiro tempo desse circuito, chamado por Freud (8) de “ativo”, é caracterizado pela busca ativa do bebê pelo seio/mamadeira. O segundo tempo é caracterizado pelo seu caráter autoerótico, no qual o bebê busca se satisfazer por meio de movimentos autoeróticos, como chupar o dedo. Trata-se do momento das chamadas “experiências alucinatórias de satisfação”.

O terceiro tempo, ao que se pode propriamente chamar de “satisfação pulsional”, é quando “fecha-se” o circuito. É o tempo do bebê se oferecer, de “fazer-se” para o Outro, é o tempo relacionado com o desejo do bebê de ser objeto de prazer para o Outro, de ser “comido”, expresso, por exemplo, no movimento de colocar o pezinho na boca da mãe, que finge devorá-lo. Trata-se de um movimento de busca do bebê em fisgar o gozo do Outro materno (representante do Outro primordial provedor dos significantes), de assujeitar-se a um outro que vai se tornar objeto da pulsão do bebê. Trata-se de uma passividade aparente do bebê com relação à mãe, uma vez que é um lançar ativo que o bebê realiza (17). Segundo Wanderley (18):

Ele (o bebê) não só é capaz de imitar certos gestos humanos desde as primeiras semanas como é capaz de provocar o Outro para repetir este mesmo gesto. Isso nos fala de um bebê ativo competente, que fisga o grande outro materno, que o convoca desde muito cedo a interagir.

Crespin (16) propõe, para uma melhor compreensão a respeito da importância do circuito pulsional na constituição do sujeito, considerar a pulsão como uma força particular da vida psíquica que se origina no corpo do bebê e visa um enlace, uma articulação ao campo do Outro. Esse ‘impulso relacional’ existe desde os tempos mais precoces, é independente da satisfação das necessidades biológicas de sobrevivência e foi chamado pela autora de “apetência simbólica”. É por meio do encontro, da satisfação pulsional recíproca e compartilhada entre mãe-bebê que se opera o fechamento do circuito pulsional, permitindo a tomada do sujeito no universo do sentido.

Jerusalinsky (19) afirma que o circuito de desejo e demanda do Outro, representado pelo agente materno, enlaça o bebê e produz repuxos, estirões, provocações à “corda pulsional” dele, vetorizando sua constituição psíquica e seu desenvolvimento. Esse movimento diz respeito à **articulação da pulsão ao campo do Outro que instaurará um circuito no bebê e o levará a buscar uma satisfação**

erótica no enlaçamento com o Outro. É, portanto, somente a partir do desejo e da demanda dos cuidadores primordiais, representantes do Outro, que o bebê terá alguma sustentação para que seus aspectos constitucionais possam vir a se desdobrar em novas produções. Como já exposto, no bebê humano a experiência de satisfação passa pela significação atribuída desde o Outro.

Expusemos a dimensão fundamental do desejo da mãe para a inscrição do bebê em um lugar privilegiado de cuidados e nomeações. Graças ao laço com aquele que se ocupa da chamada função materna, é possível a instauração do circuito pulsional. Este tem fundamental importância na medida em que “a articulação pulsional constitui o ‘elo de transmissão’ entre o bebê e o Outro” (20). É por meio da satisfação pulsional recíproca e compartilhada entre a mãe e o bebê que este poderá ascender à reciprocidade necessária ao processo de comunicação e à entrada do pequeno no mundo simbólico e relacional. Como citado anteriormente, esse processo dá suporte à chamada alienação primordial. Trata-se da entrada do bebê no mundo do sentido.

Há um segundo aspecto importante a se destacar com relação a essa função e, portanto, ao processo de constituição que estamos tratando, que envolve o efeito psíquico, sobre a criança, da apreensão da dimensão da falta no Outro, representado pelo agente materno.

Em dado momento, a criança constata que a mãe tem interesse por outra coisa além dela, ou seja, de que algo lhe falta e que a criança não é seu único e exclusivo objeto de satisfação. É somente ao se dar conta que o Outro não é absoluto, que a criança terá espaço para se perguntar sobre seu próprio desejo (21). Trata-se de uma dimensão no laço que introduz um limite ao gozo materno, abrindo espaço para a dimensão da alteridade. É ali que a mãe, ou quem quer que exerça a função, assume não saber tudo sobre o pequeno sujeito, marcando a não-extensão entre mãe e bebê (22).

No processo de constituição psíquica descrito por Lacan, esse aspecto relaciona-se àquilo que o autor denominou “função paterna”, que engendra o segundo tempo das operações constituintes – a operação denominada “separação”. O exercício da função materna pressupõe que, sobre seu agente, tenha funcionado a função paterna (21).

A função paterna rompe a ilusão da relação dual mãe-bebê e lança a criança ao que Lacan denominou “enigma do desejo materno”, sustentado na

questão: “O que o Outro quer de mim?”. A partir daí, pode-se articular a questão da função paterna que é, para Lacan, “uma função simbólica, na qual o pai nomeia essa falta localizável no Outro, desejo materno” (23).

Em outras palavras, uma vez que a criança se dá conta do desejo materno (da falta), a nomeação paterna surge da necessidade de localizar esse desejo, de representá-lo. A entrada do pai no circuito da relação mãe-bebê exerce uma função estruturante e de ampliação do universo da criança, que passa da mãe para o mundo. Vale lembrar que o pai referido aqui é um significante e sua função pode ser desempenhada por qualquer pessoa que se ocupe da criança.

Nas palavras de Rosenberg (24): “a entrada do pai destitui este lugar imaginário onde a criança é o falo da mãe, permitindo ao infans sair desse lugar mortífero (de ser para sempre o desejo do desejo da mãe), para se constituir como um sujeito desejante”.

Tem-se, portanto, duas dimensões do Outro neste processo de constituição psíquica: inicialmente um Outro completo, infinito, portador dos significantes – do qual o bebê depende para a apreensão dos sentidos e do que se é – e um Outro faltante, barrado, impossibilitado de tudo dizer e que deseja “algo além”.

Na primeira operação, de alienação, é preciso que a criança se aliene ao Outro primordial e que se deixe marcar com os significantes familiares por ele oferecidos; é preciso que a criança alcance esse lugar – “alienado” ao Outro materno – para que, depois, possa abandoná-lo e estabelecer-se como sujeito de desejo. A primeira operação é fundamental para a constituição do sujeito singular e desejante, mas não suficiente: ela precisa estar referida à operação psíquica da separação. A função paterna vem com a inscrição simbólica da castração, vem marcar a impossibilidade de fazer um com o Outro, romper com a ilusória relação dual mãe-bebê e, a partir dessa marca, abrir a possibilidade de a criança começar a falar e ter as próprias palavras, a partir das palavras que recebeu do Outro (23).

1.2 Sofrimento psíquico na primeira infância

Em se tratando da clínica da primeira infância (0 a 3 anos), pensar nas operações constituintes do sujeito é fundamental. Conforme o exposto na seção anterior, a constituição do sujeito não está garantida *a priori*, ela exige a inscrição de

diferentes operações que não estão asseguradas pela genética ou pela passagem do tempo, mas sim no laço estabelecido com um Outro, inicialmente encarnado na figura dos pais, os quais se ocupam da transmissão das operações constituintes do sujeito.

Essas operações – alienação e separação –, em articulação desde os tempos mais precoces da vida, estão sujeitas a impasses e dificuldades, e tal esclarecimento abriu espaço para se pensar a clínica da primeira infância. A clínica da primeira infância visa escutar o bebê, a partir da maneira como ele, em cada momento de seu desenvolvimento, pode se comunicar. Embora ainda não fale, os pequenos se comunicam e expressam tanto aspectos de satisfação de sua relação com os outros e seu entorno, quanto sinais de sofrimento, de quando algo não vai bem consigo ou no laço.

Ao identificar sinais de sofrimento, o clínico buscará intervir, a fim de poder contar com a plasticidade neuronal e a permeabilidade a inscrições psíquicas que permeiam este período de plena estruturação da vida (2). É através da compreensão do curso da estruturação psíquica e orgânica que permeia o desenvolvimento do bebê que se pode identificar quando algo não vai bem e intervir, visando favorecer a constituição, tema que buscarei discorrer nesta seção.

Nessa clínica, pela condição de infans, o sofrimento comparece predominantemente em sua organização corporal e na realização de suas produções, o que Jerusalinsky (14) chamou de “sintoma dado a ver”. A autora situa nessa clínica as crianças de 0 a 3 anos e defende o tempo de “estar”, e não de “ser”, que é próprio da infância – “um momento de plena estruturação”.

Lavrador (25), a partir de sua prática clínica, propõe a seguinte questão: a clínica psicanalítica de crianças com dois a três anos é considerada clínica de bebês? Para responder à questão, a autora apresenta uma divisão que consideramos relevante àqueles que se ocupam da clínica da primeira infância: o momento de ser bebê e o tempo da criança pequena. Essa diferenciação é significativa para que os clínicos possam pensar o modo como o sujeito se apresenta e pode ser escutado em cada tempo de sua constituição e, assim, sustentar a direção de um trabalho clínico que favoreça o advir do sujeito. Concordamos com a autora em afirmar que as crianças pequenas estão na fronteira com o “tempo de ser bebê” e, por essa razão, numa relação estreita com processos constitutivos desse primeiro tempo. Quem se propõe a atender crianças pequenas deve levar em consideração

esse local fronteiro e ter em mente os processos precoces que garantem o desenrolar constitutivo dos sujeitos. A autora (24) afirma que os bebês se localizam em um tempo lógico anterior ao das crianças pequenas e que, na passagem do tempo de ser bebê ao tempo de ser criança, está implicada a separação progressiva entre mãe e criança. Essa primeira separação está atrelada à produção de uma nova resposta subjetiva da criança, na direção de uma primeira separação em relação ao seu Outro primordial.

Para pensar o trabalho clínico com bebês, é fundamental considerar a especificidade do estatuto do corpo nessa clínica. Impossibilitados de falar, os bebês inscrevem no corpo os impasses e sofrimentos que vivenciam. Crespín (20) afirma que os estados de sofrimento nos bebês – que podem ou não levar a impasses na constituição psíquica – devem ser compreendidos como dependentes do somático e do relacional ao mesmo tempo. Nesse sentido, Jerusalinsky (22) afirma que o bebê:

[...] dá a ver, por meio de sua produção corporal (olhar, voz e endereçamento psicomotor), as suas incipientes respostas aos outros. O mesmo ocorre pelo modo pelo qual sono-vigília, fome-saciedade, retenção-expulsão de fezes, circulam na relação com o Outro encarnado, estabelecendo ritmos nas alternâncias presença e ausência que fazem comparecer as incipientes respostas do bebê que lhe dizem respeito como sujeito nos primórdios da constituição.

Ou seja, é a partir de sinais que o bebê manifesta, muitas vezes conectados a suas funções corporais, que ele “dá a ver” a sua subjetividade e possível sofrimento psíquico. Laznik e Jerusalinsky, autores do campo lacaniano, afirmam que o que está em jogo para o sujeito nos tempos mais precoces de vida é o estabelecimento dos circuitos pulsionais e a organização de um corpo psíquico e pulsional. Esses estão diretamente relacionados com a operação de alienação e entrada na linguagem. Por essa razão, Teperman (26) afirma que o atendimento dos bebês envolve um tratamento do laço entre o sujeito e o Outro.

Dessa forma, ao pensar na prática clínica, cabe ao analista incidir na trama relacional, considerando, na avaliação e intervenção, tanto a posição dos pais quanto as respostas singulares do bebê frente aos investimentos que lhe são dirigidos.

[...] se uma criança tem recursos psíquicos para operar uma transposição do vivido a um registro ficcional por meio do brincar, o bebê ainda não conta com esse recurso. Portanto, ele paga com seu corpo, no estabelecimento de circuitos pulsionais desde os quais as

suas funções orgânicas se organizam ou desorganizam em seus modos de funcionamento. Revela-se aí toda a importância de que as dificuldades presentes no funcionamento dessas funções, no início da vida, possam ser lidas em um contexto relacional, e não como transtornos ou déficits isolados (22)

Esse lugar privilegiado do corpo como um território de sintomas também está presente na clínica de crianças, principalmente as pequenas, pois, nesse tempo, a relação entre significante e corpo é ainda estreita (25). Dessa maneira, os sintomas que trazem muitas crianças ao psicanalista são atrelados às questões corporais: recusas alimentares, encopreses, enureses, dificuldade no sono, vômitos, agitação excessiva, entre outros.

Lavrador (25), ao tratar das particularidades da clínica de crianças pequenas (2 a 3 anos), propõe uma escuta do funcionamento do orgânico como efeito do inconsciente. Ela afirma que muitos desses sintomas nas crianças menores surgem diante de um enrosco relativo a uma primeira separação psíquica entre a criança pequena e os cuidadores que exercem a função materna para ela. Segundo a autora, essa primeira separação é própria do tempo de passagem do bebê à criança, e as dificuldades, nesse momento, muitas vezes se articulam com entraves relacionados à função paterna. Nas palavras da autora, muitas vezes:

[...] tal dificuldade se articula com um entrave do lado dos seus outros, que encarnam o Outro para a criança, de sustentarem essa primeira transmissão da função do pai para a criança. Pai que nesse tempo aparece ainda via discurso materno, pai simbólico, mas que marca a existência de um terceiro entre mãe e criança (que se materializa como elemento falo) e de uma castração da mãe.

Ainda sobre a importância do corpo na clínica da primeira infância, Crespin (20) propõe a possibilidade de identificação de sinais observáveis de desenvolvimento e de sofrimento a partir dos registros pulsionais do pequeno sujeito: o registro oral (relacionado às trocas alimentares), especular (relacionados ao olhar), invocante (relacionados à palavra e voz), e ainda acrescenta o sono (insônia ou hipersonia) bem como o registro do tônus muscular (hipertonia, hipotonia, atrasos psicomotores) como sinalizadores importantes da qualidade do laço primordial.

Os sinais observáveis foram divididos pela autora em dois tipos: os sinais positivos do desenvolvimento e os sinais de sofrimento precoce. O último se subdivide em duas séries: barulhenta e silenciosa. Os sinais positivos são

indicadores de que os processos psíquicos implícitos operam como esperado, enquanto os sinais de sofrimento precoce apontam para a possibilidade de algum impasse nas primeiras operações constituintes.

Ao tratar dessas operações, a autora (20) destaca que “as funções materna e paterna são antagonistas e complementares e é de sua articulação dialética que resulta o que habitualmente identificamos como as trocas satisfatórias com o bebê”.

A fim de exemplificação, podemos pensar na alimentação. O sinal positivo do desenvolvimento aparece quando a troca alimentar é marcada pelo prazer compartilhado entre mãe-bebê. Para que essa possa acontecer, é preciso que a relação comporte uma dimensão desejante em relação à criança, ou seja, uma relação que não tenha um caráter unicamente operatório, mas que comporte um estatuto simbólico. A mãe, no contexto das trocas alimentares, pode ocupar alternadamente a posição materna – na medida em que atribui ao bebê o desejo de ser alimentado – e a posição paterna – na medida em que reconhece quando o bebê não gosta de determinado alimento ou já está saciado. São duas posições que correspondem às operações constituintes do sujeito: alienação e separação. Um sinal de sofrimento da série barulhenta, nesse aspecto das trocas, envolve uma recusa constante do bebê em se alimentar. Um sinal de sofrimento da série silenciosa envolve um bebê que se deixa alimentar passivamente, sem investimento algum na relação. A autora destaca como o bebê saudável apresenta desde muito cedo uma apetência simbólica, podendo “recusar muito cedo, às vezes com risco a sua própria vida, a satisfação da necessidade em nome do seu reconhecimento enquanto ser de desejo”. Tanto um bebê que recusa todo alimento, como um bebê que come passivamente tudo o que lhe é oferecido sem nenhum prazer e conexão, dão indícios de que algo não vai bem e convoca o clínico a investigar onde pode estar o “curto-circuito” e intervir.

Como outro exemplo, podemos pensar no sono. Um sinal positivo do desenvolvimento é notado quando a capacidade de dormir e repousar com qualidade está presente. O dormir bem indica que o bebê pode se separar do Outro materno sem vivenciar o momento como abandono ou desamparo. Isso quer dizer que ele consegue representar, mesmo na ausência, a presença materna. A dificuldade frequente para dormir e os despertares com crises de choro, por sua vez, denunciam, muitas vezes, problemas relativos à operação de separação. Vale ressaltar que a

avaliação é complexa e leva em conta diversos sinais e elementos. Os exemplos descritos têm fins didáticos para orientar a discussão e apresentação do que trata a clínica precoce.

A respeito da “pulsão invocante” (voz), um sinal positivo do desenvolvimento observável é a presença, na voz do bebê, de variações e modulações nos seus chamados. A voz libidinizada é produto da transformação, pela função atributiva da mãe, dos gritos inicialmente inarticulados em ferramenta comunicacional, ou seja, em demandas de cuidado e amor. Trata-se da promoção do bebê em estatuto de ser falante, dado que é atribuída a ele a capacidade de emitir uma mensagem. Junto a isso, pesquisas recentes apontam para a capacidade muito precoce do bebê de expressar e perceber intenções e sentimentos. Parlatto (27) a partir de uma extensa pesquisa na clínica com bebês, afirma que:

[...] o bebê, muito cedo, não faz suas vocalizações e balbucios somente para si e pelo prazer do som, ele se organiza para dialogar com o outro, produzindo uma fala com os recursos que dispõe naquele momento [...] o que nos leva a trabalhar com a hipótese de que sua fala vocalizada ou balbuciada tem intenção comunicativa.

Os sinais de sofrimento envolvem gritos inarticulados e inconsolabilidade do bebê ou criança pequena, bem como a ausência do apelo por parte do pequeno. Nesse caso, os sinais de sofrimento podem indicar um impasse na sincronicidade comunicacional entre bebê e seus pais ou dificuldade do bebê de enlace com o outro – seja por um desinteresse do bebê pelo laço, seja por dificuldades daqueles que ocupam a função materna em antecipar e supor pelo bebê ou de sustentar a transmissão da função paterna para a criança.

Concordamos com Lavrador (25) que, no trabalho com os bebês e pequenas crianças, o clínico deve estar atento ao modo que o sujeito se apresenta e pode ser escutado em cada tempo de sua constituição e, a partir disso, apostar em uma direção de tratamento que possibilite o advento do sujeito.

Vale lembrar que as funções materna e paterna estão relacionadas às operações estruturantes de alienação e separação. Por essa razão, a função materna não fica restrita à figura feminina – ou à mãe – assim como a paterna não se restringe a uma figura masculina – ou ao pai. Nas palavras de Crespín (20): "Se considerarmos que essas funções são duas vertentes, duas posições do laço

primordial, vemos imediatamente que a mãe e o pai da realidade portam, mesmo que de modo desigual e variável, por vezes invertido, as duas funções".

A autora afirma que, quando aquele que ocupa a função materna não se mostra capaz de admitir a alteridade do bebê, deixando de fora a condição enigmática no laço com ele (posição paterna, reguladora da onipotência primordial da mãe), ou quando a mãe não consegue ocupar um lugar atributivo daquela que sabe sobre o bebê (posição materna), ficam dificultadas as condições de instauração do sujeito.

Como pontuado anteriormente, sabe-se que o bebê não é meramente passivo nesse processo de constituição, pelo contrário. Em seu livro "O bebê e as tramas da linguagem", Parlatto (27) aponta que o bebê humano tem um papel muito ativo e sofisticado na complexa relação constituinte de sua subjetividade junto ao outro. Ela destaca a intencionalidade precoce do bebê ao laço, bem como à capacidade de interagir, provocar, interpretar e agir junto ao outro e sobre seu entorno: "O tornar-se mãe, enquanto função, e o tornar-se sujeito, por parte do bebê, advém de uma relação dialética em que ambos promovem, a partir do lugar que ocupam, essa dupla constituição subjetiva".

Por essa razão, defendemos que é possível pensar nos diferentes entraves que podem se estabelecer no percurso de subjetivação da criança pequena, a partir da inter-relação entre a função dos cuidadores, que engendra as funções materna e paterna, e a posição do bebê ou pequena criança. Os impasses relacionados ao processo de alienação, que dizem respeito às primeiras marcas e entrada na linguagem, se diferem dos impasses relacionados à separação e transmissão da falta.

Os entraves nas operações constituintes, se negligenciados, podem caminhar em direção às psicopatologias graves da infância, tal como a psicose infantil e os transtornos de espectro autista. Nesses casos, pensar o que tange ao corpo mostra-se fundamental para uma leitura do que está em jogo, em termos estruturais, no processo de constituição subjetiva da criança. A partir da identificação de um estado de sofrimento, abre-se espaço para um processo terapêutico que visa favorecer o estabelecimento das operações constituintes do sujeito.

1.3 O Narrar e a Contemporaneidade

“(...) Somos feitos, afinal, das canções que ouvimos e que precederam as prosas que seguem refazendo nossas vidas. Somos feitos da arte dos olhares, dos toques, da empatia e das artes em si. Primeiro nos contam, depois somos capazes de contar, ou seja, adquirimos saúde para viver. Uma cantiga de ninar nada deve a uma vacina, a uma mamada, a um complemento. Ela é o alicerce da nossa subjetividade, ou seja, tudo (...) Do dizível ao indizível, do silêncio ruidoso à canção melódica, eis a trajetória de qualquer arte, infância ou análise” (28)

Após a reflexão inicial acerca do processo de constituição psíquica e dos impasses em tempos precoces, pensamos ser relevante refletir a respeito da capacidade narrativa, ou melhor, do empobrecimento da capacidade narrativa dos pais no encontro com a pequena criança, mais especificamente com aquelas que apresentam entraves constitutivos. Para isso, partiremos da problemática da relação do sujeito com a temporalidade e com a narrativa, a partir das contribuições do filósofo Walter Benjamin.

Abordar a problemática da contemporaneidade implica tratar da relação do sujeito com uma certa temporalidade e, no caso da sociedade capitalista moderna, de uma temporalidade marcada pela velocidade e aceleração constante, o que Junges (29) chamou de “império do instante”. Sabe-se que o sujeito se constitui necessariamente através das relações e dos laços que estabelece em uma determinada cultura e, assim sendo, seus sintomas, mal-estar e forma de sofrer também têm relação com as contingências de sua época. Em uma cultura caracterizada pela hegemonia da tecnociência¹, regulada pela força do mercado e lucro, se espera “diagnóstico, intervenção e avaliação” para todo e qualquer

¹ O termo tecnocientífico, utilizado neste trabalho, refere-se à racionalidade específica que permeia o discurso e as práticas da sociedade capitalista contemporânea, caracterizada pela hipervalorização da técnica e da eficácia. Segundo Vasen (88), “o apelo técnico e pragmático dessa racionalidade tende a reduzir as práticas sociais complexas – como criar, educar, diagnosticar – a procedimentos técnicos”. (tradução nossa)

problema, processo e comportamento – o que Dunker (30) denominou de “cultura dos consultores”.

Montes (31) afirma que, no contexto atual, o sujeito se relaciona com uma modalidade de temporalidade designada “presentificação”. Nas palavras da autora, nessa modalidade:

O sujeito se encontra em suspensão temporal. Essa temporalidade pode ser compreendida através do privilégio do discurso literal; de uma forma de narrativa que não pressupõe uma continuidade temporal. Trata-se de uma narrativa descritiva, onde uma cena não pressupõe a anterior, nem remete à posterior. E ela traz à tona um discurso unívoco, ou seja, as palavras têm apenas um único significado e essa fala não é carregada de enigma.

Benjamin (32,33), em seu ensaio “O Narrador” e em seu texto “Experiência e Pobreza”, anunciava o declínio da capacidade de narrar e transmitir experiências de pessoa a pessoa. O autor afirma que as narrativas orais tradicionais estão, na Modernidade, em decadência e, tendo elas como condição de existência a experiência, um empobrecimento na capacidade narrativa estaria atrelado a um empobrecimento da relação dos sujeitos com a experiência (*Erfahrung*, no original, em alemão).

O autor entende o declínio da experiência como efeito das transformações sociais próprias da Modernidade, como a difusão da urbanização, o crescimento das indústrias e a reprodutibilidade técnica. A *Erfahrung* (experiência via tradição), nesse cenário, passa a ser substituída pela *Erlebnis* (vivência moderna), à medida que os sujeitos passam a ter que se proteger com um “constante alerta” dos inúmeros estímulos da cidade. Essa vivência é ligada a uma experiência vivida de forma isolada, sem referência ao outro, ao social, à cultura (31).

Benjamin (32) acredita que, ao perder a capacidade de intercambiar as experiências vividas através das narrativas orais, os sujeitos tornam-se incapazes de aconselhar, perdendo a dimensão compartilhável que as narrativas apresentavam. Gagnebin (34) destaca que a definição benjaminiana do ato de “aconselhar” não está definida por suas características psicológicas e pragmáticas, mas por sua especificidade narrativa: “O conselho é de fato menos resposta a uma pergunta do que uma proposta que diz respeito à continuidade de uma história que se desenvolve agora. Para recebê-lo seria necessário, primeiro de tudo, saber narrá-la”. Nesse caso, o conselho não tem um caráter de resposta, mas envolve a

continuidade de uma história colocada em palavras, contada com as hesitações, as dúvidas e angústias daquele que a viveu e “que se desenvolve agora”, admitindo, assim, diversos desenvolvimentos possíveis, destinos e interpretações, o que lembra, inclusive, as descrições de um processo terapêutico ou analítico (34).

Com relação a esse aspecto da obra de Benjamin, Moraes (35) afirma que a definição de conselho (“*Rat*”, em alemão) refere-se à polissemia da palavra tal como prezada no processo de análise, em suas palavras: “O deslizamento de sentido, plural e atemporal, que é fundamento para a psicanálise, é também o baldrame da narrativa tradicional: Ela não se esgota jamais. Ela conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de desdobramentos”. Assim, o narrador descrito por Benjamin seria a figura de alguém dotado de sabedoria e experiência, aquele que faz um trabalho artesanal com a história “imprimindo na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso” (32).

Montes (31) defende que, à medida que se perde a capacidade de aconselhar o outro, perde-se também a capacidade de “conversar consigo mesmo” e, assim, os sujeitos ficam com menor capacidade de interiorização e, segundo Kristeva (36), de representação. A autora entende que o empobrecimento da capacidade narrativa leva a um “esvaziamento subjetivo”, uma menor capacidade de simbolização e de associação por parte do sujeito, e defende que os sintomas devem ser narrados e contextualizados a partir da história singular de cada um.

Benjamin (33) destaca, dentre as diversas mudanças trazidas pelo capitalismo moderno, o nascimento da imprensa e, com ela, a ascensão de novas formas de comunicação instrumental, com ênfase à informação e à tentativa de literalidade de seus enunciados – como afirmou o autor: “os fatos já chegam acompanhados de explicações” (32). Essa forma de comunicar difere substancialmente da narrativa tradicional ligada à experiência – aberta a interpretações e novos sentidos, em um fluxo discursivo temporal e uma vivência singular e subjetiva daquele que conta. Como afirma Montes (31), a informação “não se pauta pela oralidade; não faz referência ao miraculoso, não comportando sonhos e fantasia”, mas está atrelada à vivência, pautada na busca de uma verdade, não autêntica, não subjetiva. Ela exclui o sujeito da experiência, uma vez que deixa pouquíssimo espaço para as interpretações do leitor.

Tfouni et al. (37) destacam que há falas, tais como do saber médico ou dos especialistas, cuja finalidade é “produzir discursos monologizantes,

descentrados, com sentido único e transparente (...)” e que, conseqüentemente, fecham as possibilidades de sentido. Os autores defendem que a narrativa possibilita a inserção da subjetividade do sujeito nos acontecimentos e eventos que lhe atravessam, assim como permite ao sujeito alocar-se em outros sítios de significação para além do raciocínio puramente lógico que “convoca uma identificação universal, e dá a impressão de que todos são iguais”.

[...] nos tornamos pobres porque perdemos, a cada dia, nossa capacidade de narrar, em troca da velocidade, do atual, da transitoriedade, e, acrescentamos, do discurso da ciência, que no lugar de assumir a transitoriedade de suas próprias verdades tende a afirmar a univocidade lógica. Ou seja, não é que não haja experiências, é que elas se tornam inenarráveis porque sucumbem a outros discursos – é nesse sentido que Benjamin emprega a palavra pobreza (37).

A respeito da reflexão sobre a narrativa empobrecida dos pais com relação à história do filho e à própria história, pode-se pensar na dificuldade de narrar como uma perda que afeta a todos nós, “moradores” deste tempo, em menor ou maior grau. Banhados por um tempo caracterizado pela presentificação, pela prevalência da informação e sua dimensão prático-instrumental em detrimento da narrativa tradicional, talvez uma das conseqüências no processo de subjetivação contemporâneo seja uma maior dificuldade de metaforizar (31), de referir-se a um passado, a uma história, à afiliação.

Gutfreind (28), ao pensar as questões relacionadas ao excesso de técnica, nomeações e teoria para dizer sobre as crianças, constata que sofremos na atualidade de um enfraquecimento da capacidade poética e das funções narrativas, e defende a necessidade de um resgate dessas funções em tempos pouco propícios a elas. A oferta de jogos e objetos culturais contemporâneos feita às crianças parece mais empobrecida, no sentido de torná-las mais espectadoras do que autoras em meio a tanta tecnologia e brinquedos que praticamente performam sozinhas, e com pouca história, “contação” e faz-de-conta. Muitos autores denunciam os riscos da ausência do brincar livre, sem objetos ou outras pessoas. Segundo Cairoli (38), o resultado é a impossibilidade das pequenas crianças poderem falar sobre suas angústias, uma vez que, como telespectadoras, encontram uma experiência diminuída, impossibilitando-as de falar em nome próprio. Vale lembrar que é através

dos jogos e brincadeiras que a criança expressa, simbolicamente, seus desejos, fantasias, conflitos e medos, podendo elaborar suas angústias.

1.4 Narratividade, parentalidade e subjetivação

“Contar é também não precisar dizer à custa do corpo e da vida dos filhos; é deixá-los livres para a construção de suas próprias histórias (...) Vida nenhuma começa sem história. Sem ela a vida não avança, não encontra duração, continuidade. É narrando que a vida se transmite e permanece” (1).

Sabe-se que o olhar sobre o universo psíquico dos pais é essencial como instrumento para a ação terapêutica do analista, uma vez que o processo de constituição psíquica do bebê está, como já exposto, diretamente relacionado ao lugar ocupado por ele na fantasia e discurso parental, assim como o bebê tem participação ativa no encontro com esse Outro. Considerando que os sujeitos são constituídos pela linguagem e na linguagem, julgamos relevante pensar a questão da narrativa e sua relação com os fenômenos psíquicos e novos sofrimentos que parecem envolver rompimentos ou impasses com o laço social, característicos da atualidade.

Gutfriend (1), em seu livro “Narrar, ser mãe e ser pai”, traz contribuições significativas para pensar a importância das narrativas para o desenvolvimento dos bebês e dos laços entre eles e seus cuidadores. Como vimos, o laço e o prazer nas trocas são fundamentais para a constituição psíquica do sujeito. O autor nos lembra que vida nenhuma começa sem história e que, sem ela, a vida não avança, já que é narrando que a vida se transmite e permanece. Para o autor “a narrativa não é necessariamente literária, com palavras, frases, tramas e intrigas. Antes, é gesto, som, imagem, movimento, ação, como é no começo da vida”. Como exposto anteriormente, somos constituídos pelo olhar dos outros, pais ou cuidadores, que nos dizem e se fazem, a partir de certa “loucura necessária”, ouvintes dos nossos gestos, sons e movimento (7,39). Os sentidos e nomes dados aos nossos gestos, movimentos e características são provenientes das histórias daqueles que nos cuidam (1).

Concordamos com Guedeney (40), quando ele afirma que o terapeuta contemporâneo pode ser considerado um poeta ou um narrador, ao abrir espaço para circular e acolher uma história e construir outra. Além disso, sendo a história familiar um fio que leva à narração e à metáfora, o resgate a ela permite um deslizar de significantes e nomes para além dos fornecidos – senão impostos – por esse outro do diagnóstico, da medicina, do especialista – externo às vivências e construções familiares, externo à filiação.

Em se tratando do trabalho com a linguagem e com o narrar, consideramos relevante destacar o trabalho pioneiro de Françoise Dolto com bebês e crianças pequenas. Na década de 1930, em sua prática clínica, a psicanalista ouvia as crianças ao invés de falar delas ou em seu lugar. Dolto (41) apostava que, desde os primeiros momentos de vida, o ser humano já é um ser de comunicação e desejo, ou seja, apostava nos bebês e crianças pequenas como sujeitos e, assim, endereçava-se a eles. Essa forma de conceber “o infans” atravessou toda sua obra e moldou sua forma de analisá-los, surpreendendo aqueles que testemunhavam os efeitos de seu trabalho. Em suas palavras:

Uma mágica se produz quando os pais percebem que seu bebezinho compreende a fala e que se pode falar a ele daquilo que lhe aconteceu, daquilo que se vive por ele e do que lhe concerne. (...) assim a partir disso, uma descoberta essencial: *o ser humano é um ser de linguagem desde a sua concepção; existe um desejo que habita esse ser humano*; existem potencialidades que nós apoiamos ou que nós negativamos (42)

Dolto (43), em sua prática clínica, falava com os bebês, lhes dirigia a palavra e orientava os pais que também o fizessem. Ela sugeria aos pais que falassem e contassem para a criança tudo o que lhe dissesse respeito, afirmando que todo ser humano tem direito à verdade e a sua própria história.

Para Dolto (41), importava que as palavras circulassem – ela se interessava em saber o cotidiano da criança, sua genealogia, os acontecimentos significativos da vida da criança e dos familiares, os silêncios e os segredos. O comunicar, o contar, o acesso às palavras seriam a via para auxiliar os pequenos (e seus pais) a lidar com as angústias e sofrimentos que ainda não poderiam nomear, assim como uma maneira de fomentar uma conexão verdadeira entre eles. Em suas palavras: “A partir do momento em que se diz a uma criança, com palavras, o que

perturba a relação [...], prevenimos um agravamento de seu estado de sofrimento e às vezes evitamos sua entrada neste estado” (44).

O manejo utilizado em seus atendimentos envolvia encontrar palavras para falar sobre os sintomas – mas não qualquer palavra. Dolto (44) insistia no que chamou de “fala verdadeira” e essas palavras vinham da história e vivências únicas de cada pequeno sujeito e sua família. Bonança (45), ao tratar desse aspecto da obra da autora, afirmou: “não se trata de simples falação dos que rodeiam o recém-nascido, mas de palavras que possam significá-lo no campo discursivo dos pais. Uma palavra que não seja vazia e que proporcione a possibilidade de uma ancoragem simbólica” (45). Plein (46), a respeito das intervenções de Dolto, afirma:

Trata-se de ter em conta que se há algo que nos torna semelhantes, esse algo é a Lei e é da castração imposta a todos que advirá a articulação do desejo veiculado nas palavras dirigidas aos bebês. Esse endereçamento da mãe ao bebê é modalizado pela sua própria relação com o desejo e é isto que faz com que as palavras ultrapassem o vazio do código linguístico e sejam articuladoras de sentidos, que farão marcas no sujeito. Por isso, **as palavras da mãe para o bebê, se não vão carregadas de história, não servirão para nada**, serão apenas a irradiação dos cuidados de higiene, alimentação, jogos automáticos. (grifo nosso)

Costa (47) aponta que a abordagem da autora se centrou na escuta do inconsciente e nos traumas genealógicos. A partir da escuta analítica, em um contexto transferencial com a criança e sua família, ela escutava para além da história contada, ouvia aquilo que os pais e a criança diziam muitas vezes sem saber que estavam dizendo, assim como considerava os gestos, movimentos, choros, manifestações corporais, desenhos e modelagens, adoecimentos do bebê/criança como linguagem.

A partir do que escutava, traduzia aos pequenos em palavras, verbalizava, através de interpretações, as supostas origens das suas dificuldades – sempre usando a história familiar que ouvia. Ela afirma que o trabalho do psicanalista com os bebês envolve a “decodificação de uma linguagem que perturbou o desenvolvimento” (44), assim como a permissão “à criança através de gestos, sinais linguageiros, aos quais acrescentamos palavras dirigidas à sua pessoa (...) para que ela advenha à sua própria compreensão daquilo que a faz sofrer” (43). É a partir da singularidade de cada sujeito, da história e escuta de cada família que Dolto trabalhava.

Ao descrever alguns casos clínicos, nota-se que, em muitos momentos, Dolto escuta a história que os pais contam e, na presença deles, direciona-se ao bebê e passa a contar a ele o que os pais lhe contaram. Em seguida, passa a ler e significar gestos e sons dos bebês como respostas, sustentando, junto aos pais, o lugar de sujeito daquele bebê.

Dolto mostrou, em sua prática, a importância do ato de atribuição subjetiva no trabalho com os pequenos, assim como o valor dos significantes familiares, das nomeações advindas do lugar particular que cada criança ocupa no desejo dos pais. Ela aposta na importância e direito de a criança ser nomeada e reconhecida dentro da estrutura simbólica que é a família.

1.5 A repercussão da nomeação diagnóstica na infância

O resgate anterior acerca do trabalho de Dolto nos parece fundamental, sobretudo na contemporaneidade, em que o discurso técnico e as nomenclaturas diagnósticas parecem atropelar as narrativas familiares a respeito do que atravessa cada sujeito. Os sintomas e produções, a partir da lógica médica, são facilmente transformados em diagnósticos fechados e generalistas, tornando-se significantes que passam a representar os sujeitos (por exemplo, “os autistas”). Esses significantes, no entanto, como nos ensina Dolto, são vazios. São nomes que podem apagar o sujeito e “calar” o valor de comunicação que os atos e manifestações individuais carregam.

Infelizmente, o que comumente se observa na prática contemporânea é o domínio de abordagens reducionistas e organicistas, nas quais diagnósticos implicam prognósticos, muitas vezes conclusivos, que acabam fazendo uma predição negativa do futuro da criança, com propostas de intervenção que pouco consideram a história e a singularidade de cada sujeito.

A intervenção terapêutica que deveria possibilitar um encontro criativo da criança com os terapeutas e com seus pais acaba atropelada por um processo de psicopatologização e medicalização, em que as crianças e suas famílias ficam, muitas vezes, paralisadas nas nomeações diagnósticas, e os profissionais, aprisionados nas nomenclaturas, deixam de considerar a criança em sua singularidade, passando a dialogar com uma patologia ou disfunção.

Esse cenário corrobora com o que Jerusalinsky (48) chamou de “lesões fantasmáticas”, referindo-se aos efeitos danosos que determinadas nomeações podem causar na constituição psíquica e no desenvolvimento das crianças, principalmente aquelas que se encontram na primeiríssima infância. A nomeação diagnóstica, quando tomada como traço prevalente por meio do qual a criança é reconhecida, pode influenciar na estruturação do sujeito, caso funcione como um veredito a respeito do destino da criança e como balizador do que pensam, supõem e esperam dela (49).

Como já discutido anteriormente, sabe-se que a família ocupa um lugar fundamental na constituição do sujeito, na medida em que é somente a partir do laço e de um desejo não anônimo que o bebê tem chance de constituir-se sujeito. Conforme bem pontuou Azevedo (50): “a família é a matriz privilegiada por onde perpassa o processo de transmissão geracional”. A nomeação diagnóstica pode adquirir valência maior que o nome próprio da criança, estabelecendo uma nova filiação, dada pelo nome da síndrome ou transtorno (51). Isso é extremamente problemático, uma vez que a criança passa a ser inserida no laço social a partir da determinação do diagnóstico e acaba sendo reduzida à patologia, enquanto sua singularidade é anulada. Ela perde os traços identificatórios provenientes de sua tradição familiar e passa a ser filiada por uma nosografia: seu nome, características e movimentos passam a ser reconhecidos a partir de uma genealogia médica. Um diagnóstico fechado em momento precoce pode funcionar, segundo Bernardino (52), como um significante mestre na vida da criança, ou seja, pode adquirir um valor imperativo frente a outros significantes e fixar um destino.

Abaixo, um fragmento do livro de Celso Gutfreind (53), em que o autor, advertido dos males das nomeações diagnósticas excessivas e irresponsáveis, escreve acerca de seu trabalho clínico com uma criança “intoxicada” de nomes im pessoais e técnicos:

Estar forçosamente nomeado costuma ser mais fácil. E ele chegou nomeado. Transtorno da rebimboca da parafuseta. Legitimado, científico. Numerado. Classificado nos melhores manuais do ramo. Irrevogável, até o nome seguinte. Ocorre que aquele nome não o fizera sofrer menos. Pelo contrário. Por isso, veio. Meu trabalho foi desnomear. Nosso trabalho, sem ferir a realidade, costuma ser nomear, desnomear, renomear. (...) Inclui espargir nomes de projeções alheias (parentais) e trabalhar para que o filho conquiste o seu próprio nome”.

Nota-se, no encontro com os pais e crianças, a força do saber que um médico ou especialista têm na atualidade. A nomeação vinda dessas figuras, em muitos casos e a depender do manejo do profissional, pode tomar força de lei absoluta e, conseqüentemente, sobrepor o saber dos familiares, carregado de significantes e histórias singulares, em nome de um saber técnico, genérico e impessoal. Os pais ficam desorientados e destituídos de um saber próprio sobre a criança – não porque não o tenham como seu, visto que boa parte do laço e relação com o pequeno venha de um saber inconsciente e do imaginário familiar, mas por estarem narcisicamente fragilizados ou com dificuldades no exercício de suas funções. Ao se confrontarem com esse suposto saber absoluto, que tudo sabe e orienta a respeito da criança, os pais ficam impedidos de transformar o sintoma do seu filho em um enigma, condição essencial em um processo de análise. É importante, na psicanálise com crianças, que os pais sejam implicados nos sintomas apresentados pela criança.

Dessa forma, pensamos que aqueles que se ocupam das crianças exercem papel fundamental em seu processo constitutivo. Aquilo que sentem, pensam, falam e supõem sobre o pequeno sujeito influencia no laço pais-bebês/crianças, podendo favorecer ou obstaculizar os processos constitutivos. Por essa razão, a escuta e o trabalho junto aos pais são necessários. Nas palavras de Jerusalinsky (54):

[...] intervir junto aos pais, não simplesmente lhes dizendo o que deveriam fazer com conselhos, mas escutando-os em suas reflexões, para que lhes seja possível sustentar o exercício da função materna e paterna com seu filho, já que a angústia surgida das dificuldades experimentadas cotidianamente nos cuidados do mesmo e o impacto dos diagnósticos tendem a produzir-lhes uma destituição de saber desde a qual já não sabem mais o que esperar e, portanto, o que propor ao filho. É aí que as lesões fantasmáticas produzem efeitos muito mais limitantes que os impostos pela patologia em si.

Muitos autores (55) têm alertado para o perigo crescente dos conhecimentos sobre a infância serem cada vez mais focados em pura técnica, bem como para o risco da prática e do exercício das funções daqueles que se ocupam das crianças (pais, professores, profissionais da saúde) pautarem-se em intervenções que desconsideram a subjetividade de cada uma. Ao reproduzirem os discursos e as práticas educativas de maneira indiscriminada, corre-se o risco de

objetalizar as crianças, ao invés de escutá-las. A nomeação diagnóstica, ao tornar-se um significante prevalente através do qual os pais e profissionais reconhecem e nomeiam a criança, pode adquirir tanto privilégio que a criança-sujeito se perde no organismo “doente”/“deficitário”. Concordamos com Gutfreind (28) ao afirmar: “(...) quão irresponsável seria uma ciência que, com diagnóstico, medicamento ou teoria em excesso, perdesse a dimensão do ser. Uma ciência sem arte botaria tudo a perder”.

A esse respeito, Kamers (49) afirma que as nomeações precoces produzem efeitos no lugar que a criança ocupa no fantasma parental e que, “no lugar de um saber parental sobre a criança os pais tornam-se funcionários do discurso médico, apagando-se como sujeitos e seguindo à risca as prescrições desse discurso”. Em outras palavras: o que Lacan nomeou de “desejo não anônimo” – que envolve um cenário familiar, geracional e fundamental na transmissão de uma filiação – é substituído por uma nomenclatura especializada e anônima. O saber daqueles que encarnam o lugar de primeiros Outros para a criança são calados e transferidos ao saber do especialista, que passa a balizar e justificar as suposições a respeito da criança, seus comportamentos e suas produções.

Aqui, vale discutir o Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, atualmente em sua quinta edição (DSM-V) (56), feito pela Associação Americana de Psiquiatria. Trata-se de um sistema de categorização, diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, destinado às práticas clínicas e às pesquisas de profissionais da área de saúde mental. Atualmente, o manual, antes restrito ao campo médico e científico, passou a ser dependente das relações de mercado e, em consequência, ocupar os mais diversos espaços, alcançando, inclusive, o universo das relações familiares e das práticas pedagógicas (57). O Manual diagnóstico é centrado no sintoma e este é concebido conforme a noção de transtorno e desajuste. Como afirmou Silva (58), no próprio termo “disorder”, utilizado no manual, “fica implícita a compreensão de que há algo em desacordo com uma “ordem”, e, portanto, há um ideal a ser perseguido”. Assim, na lógica dos manuais, o sintoma é necessariamente desadaptativo e disfuncional e o sujeito “transtornado” deve ser corrigido, ou seja, tratado e medicado.

Bocchi (59) critica o modelo diagnóstico atual por entender que, ao compreender o sintoma como disfuncional, acaba-se por expropriá-lo “de sua natureza subjetiva, singular e vivencial” e desconsiderar que as diversas formas de

manifestação de um sofrimento psíquico “são modos de expressão e de apropriação do si mesmo e de uma história pessoal”.

Faria (60) afirma que o referido manual não considera os sintomas como produções próprias do sujeito, que traduzem sua maneira de lidar com a angústia e forma de estar no mundo. A autora evidencia que a complexidade e heterogeneidade das manifestações tornam difíceis a generalização de suas características e, assim, as formulações de categorias mostram-se instáveis, como se observa nas constantes mudanças e atualizações em cada edição do manual, nas quais as descrições diagnósticas tornam-se mais e mais amplas e determinam uma única forma de pensar o sofrimento psíquico, a partir da noção de transtorno.

As classificações diagnósticas, em defesa da objetividade e confiabilidade, invadiram a atividade clínica com codificações e racionalidade binária saúde-patologia e passaram a ser usadas de maneira inflexível e rígida, ignorando a complexidade da subjetividade humana e a singularidade de cada sujeito.

Diferente das clínicas organicistas, nas quais impera um olhar deficitário em relação a qualquer dificuldade ou sofrimento, a psicanálise trabalha – e se não, assim deveria – sob a designação do dado positivo, no sentido de estar atenta ao que o sujeito produz, cria, inventa e constrói para lidar com o encontro traumático com a língua – saída essa sempre singular. É fundamental, então, que, a partir da identificação de sofrimento psíquico, haja intervenção e cuidados para o sujeito que sofre e sua família, de maneira a olhar, pensar e cuidar daquilo que cai sobre o significante do diagnóstico, pela via da singularidade e não pela generalização – para aquela criança em particular e não para “O” diagnóstico.

Vale ressaltar que existe uma enorme complexidade envolvida na discussão a respeito dos diagnósticos no Brasil. Dunker (30), em seu livro “Mal-estar, sofrimento e sintoma”, discute a hipervalorização dos diagnósticos na cultura capitalista e a forma como esses se articulam de maneira a influenciar e moldar inúmeros aspectos da sociedade. Nas palavras do autor:

O diagnóstico de uma doença grave, por exemplo, não é apenas um fato clínico do qual decorrerá um tratamento médico. Ele também se tornará, eventualmente, um fato econômico para a pessoa e para a família que o recebe, um problema moral, se a doença possuir valência moral na cultura do paciente, um problema educacional, se isso implicar restrições e cuidados especiais – e tudo isso de modo transitório ou permanente. Ele pode se tornar um fato jurídico, se o plano de saúde se recusar a pagar os custos do tratamento. E é,

antes de tudo, um fato epidemiológico, um aspecto da estatística geopolítica daquele sintoma ou daquela doença (...).”

Ao pensar no campo da saúde, o autor destaca como as próprias políticas públicas em saúde no país se fundamentam cada vez mais em diagnósticos. Na prática, em geral, é a partir de um diagnóstico que toda uma rede de prescrições, interdições, cuidados e direitos é mobilizada.

Embora, legalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios de integralidade, universalidade e equidade (61) garanta a todos os cidadãos o direito e o acesso aos seus serviços, observa-se que para usufruir de determinados direitos legais é necessário um diagnóstico específico. Como exemplo, podemos citar a questão do diagnóstico de autismo. No Brasil, esse diagnóstico fornece à criança e às famílias uma série de garantias, tais como acesso a tratamento especializado, gratuidade no transporte, atendimento educacional especializado, entre outras políticas públicas asseguradas por leis, tais como a Lei Berenice Piana (Nº 12.764/12) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Nº 13.146/15).

A criação de uma política de atenção especializada à saúde mental destinada a crianças e adolescentes é muito recente no nosso país, datando uma primeira referência em 2001, na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, referente à necessidade da implementação do CAPS infantil (55).

Pensamos que a questão dos diagnósticos parece ocupar, na cultura, lugar semelhante ao conceito de “Erlebnis” (traduzido na língua portuguesa como “vivência”), o qual Benjamin (33) descreveu como sendo avesso à experiência e expresso em uma espécie de instrumentalização da linguagem. Apoiado no discurso técnico-cientificista, o diagnóstico psiquiátrico parece ser também expressão de uma temporalidade presentificada, de tentativa de um texto unívoco, “ao pé da letra” e pautado pela busca “da verdade”, do “sentido final”. Assim como na notícia jornalística, em que quem lê supõe receber a informação acerca da verdade de um fato que se ouve e ali se encerra, os diagnósticos parecem ganhar também esse status – a palavra pretende a univocidade, não a polissemia (31).

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa é caracterizada como clínico-qualitativa e adota a psicanálise como referencial teórico do estudo e intervenção. A opção pela metodologia quantitativa, nesse caso, seria inviável, uma vez que tal paradigma de investigação enfatiza o determinismo – algo a ser descoberto, a racionalidade – negando a possibilidade de eventos contraditórios – que busca generalizações capazes de controlar e prever fenômenos (62), enquanto o objeto de estudo investigado neste trabalho envolveu a questão da narrativa, do imaginário parental e dos processos psíquicos – elementos que não são diretamente observáveis, previsíveis e mensuráveis.

O método clínico-qualitativo é produto da junção e refinamento dos métodos qualitativos genéricos utilizados nas Ciências Humanas, aplicados aos fenômenos humanos da clínica em diversos *settings* de saúde. Ele objetiva descrever e interpretar os fenômenos complexos relacionados à vida de cada sujeito participante, mostrando-se extremamente útil em casos de fenômenos que tenham estruturação complexa e de difícil verbalização emocional (63). Esse método propõe o uso dos conhecimentos psicanalíticos tanto para a pesquisa de campo, por meio da valorização dos fenômenos transferenciais, quanto para a discussão dos resultados (63). Nas palavras de Turato, esse método:

[...] busca lançar mão de conceitos emprestados da psicanálise para se marcar o desenho da pesquisa, a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos em campo e, finalmente, a interpretação dos resultados do trabalho.

Turato (64) aponta três atitudes do pesquisador que sustentam o método: a atitude existencialista, a atitude clínica e a atitude psicanalítica – sendo a última de especial importância para esta pesquisa. A primeira envolve a valorização e a reflexão sobre as angústias e ansiedades dos sujeitos estudados. A segunda, é ligada à qualificação de olhar e escuta que o pesquisador-clínico deve ter ao ouvir os sujeitos envolvidos na pesquisa, movido pelo desejo de analisar e compreender o fenômeno em sua singularidade. E, por fim, a terceira, implica na utilização de conceitos psicanalíticos como ferramentas para a intervenção, compreensão do fenômeno investigado, coleta de dados, análise e discussão dos resultados.

Outro ponto importante com relação ao método é o destaque do pesquisador como principal instrumento de coleta, análise e interpretação dos dados.

No caso deste trabalho, optou-se pela escolha do relato de caso como recurso metodológico de investigação. Como definiu Nasio (65):

[...] definimos o caso como o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico. Quer se trate do relato de uma sessão, do desenrolar de uma análise ou da exposição da vida dos sintomas de um analisando, um caso é sempre um texto escrito para ser lido e discutido. Um texto que, através de seu estilo narrativo, põe em cena uma situação clínica que ilustra uma elaboração teórica.

Assim como Silva (66), consideramos a construção do caso como uma produção narrativa do analista-pesquisador. Não sendo possível narrar “A” história e nem “toda a história”, o pesquisador, a partir do objetivo do seu trabalho, escolhe privilegiar certos aspectos e fragmentos do caso para focar seu estudo, que adquire sentido na relação com as construções teóricas subsequentes. Uma característica crucial desta pesquisa refere-se à consideração da singularidade do sujeito como dimensão paradigmática e, por essa razão, a escolha do subsídio teórico-psicanalítico na escuta e leitura do caso. Os rumos da escrita e discussão do caso se orientaram, então, pela escuta flutuante da pesquisadora, atenta aos principais significantes que circularam no discurso da criança e dos pais durante as entrevistas, e pelo objetivo do trabalho — que envolve a questão dos diagnósticos precoces e as relações de filiação.

A pesquisa foi constituída pelo estudo de caso de uma criança de três anos, do sexo masculino, diagnosticado com autismo, denominado Pedro. O caso foi selecionado a partir de uma amostra de conveniência da pesquisa “Sinais de risco e sofrimento psíquico na primeira infância: identificação e estratégias de intervenção”, realizada no Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação “Professor Doutor Gabriel O. S. Porto” da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (CEPRE/FCM/UNICAMP). A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, com o número do parecer 3.270.616. A escolha por esse caso específico deu-se em função da prevalência, no discurso dessa família, dos enunciados advindos do discurso médico e das categorizações diagnósticas.

O caso foi atendido pela pesquisadora desta dissertação no Programa de Treinamento em Serviço para Profissionais de Saúde, intitulado “Intervenção Precoce em Crianças de 0 a 3 anos”, realizado no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (CEPRE/FCM/UNICAMP). Esse é um

programa de caráter teórico-prático oferecido a profissionais da área de saúde e visa complementar e atualizar os conhecimentos práticos e teóricos em suas áreas de atuação. Além dos estudos e prática clínica, o programa contou com supervisão semanal dos casos atendidos.

Os atendimentos clínicos semanais, com duração de 50 minutos, que compõem a amostra a ser discutida, foram realizados no período de abril a agosto de 2020. No total, foram realizados 13 encontros. Dentre esses, três aconteceram somente com a presença da mãe, um somente com a presença do pai e o restante com a dupla mãe-criança.

Vale destacar que o atendimento de Pedro teve início em abril de 2020, momento marcado pela chegada e disseminação do novo coronavírus no Brasil, nomeado SARS-COV-2, e que produz a doença denominada COVID-19. Essa doença tem como principal característica a alta transmissibilidade e, até o momento da redação deste trabalho, é considerada a síndrome respiratória viral mais severa desde a pandemia da gripe H1N1 (Influenza A), ocorrida em 1918 (67). Por essa razão, os atendimentos acompanharam as orientações e medidas que visavam reduzir os impactos da pandemia e, por isso, aconteceram, desde o início e ao longo dos cinco meses de coleta de dados, de forma não presencial, através de videochamadas.

Por se tratar do atendimento de uma criança pequena, os dados da pesquisa incluem também a escuta aos pais. Assim, como recurso metodológico de apreensão do discurso dos pais das crianças, utilizamos entrevistas psicanalíticas, assim como a técnica de observação-livre, com registros em diário de campo, a qual permite o registro de impressões subjetivas, sensações e associações durante o processo clínico de intervenção.

3. RELATO E DISCUSSÃO DO CASO

“Para Pedro, Pedro para”²

Pedro, 3 anos³

Catarina (mãe), 43 anos²

Paulo (pai), 46 anos²

A narrativa a seguir diz respeito às entrevistas iniciais realizadas com os pais de Pedro. Elas ocorreram a partir de um pedido inicial para que relatassem um pouco sobre o filho e o motivo pela busca do atendimento. Em um segundo momento, buscou-se investigar também a história desses pais e a relação do casal em entrevistas individuais.

Catarina procurou o CEPRE após o filho receber o diagnóstico de autismo do neuropediatra. Pedro passou por uma avaliação pela equipe do serviço, antes da pandemia, de modo presencial, e, a partir da identificação de sinais de um possível sofrimento psíquico, foi encaminhado ao referido Programa de Treinamento em Serviço, que oferece atendimento a crianças com sinais de risco e sofrimento psíquico na primeira infância.

Como citado na metodologia, os atendimentos de Pedro coincidiram com o início da pandemia da COVID-19 no Brasil. O início do isolamento, datado por volta do dia 15 de março de 2020, exigiu dos profissionais urgência no manejo dos tratamentos e a construção de uma prática que pudesse, naquele momento, dar contorno ao inesperado que se impôs a todos. Em menos de um mês a grande maioria dos psicólogos e psicanalistas estava atendendo remotamente.

Inicialmente, não sabíamos a duração do isolamento social e tínhamos esperança de que fosse breve. A entrevista com os pais de Pedro já estava agendada, porém, devido às circunstâncias, não poderia mais acontecer presencialmente. Contatei Catarina para explicar a situação e concordamos em realizar a primeira entrevista de maneira remota e, assim que possível, iniciar as

² Parte da estrofe da música “Para Pedro”, composta pelos seresteiros José Mendes e Portela Delavy.

³ Nomes fictícios.

sessões com Pedro presencialmente – aquele momento, considerando um “futuro breve”.

A escolha pela manutenção dos atendimentos que já estavam em andamento e, no caso de Pedro, em realizar as entrevistas preliminares, deu-se pelo entendimento de que o acontecimento pandêmico, com seu potencial traumático, impactaria a todos – incluindo os bebês e as crianças – em maior ou menor grau a depender das condições sociais, do momento de vida e estruturação subjetiva de cada um (68).

Após a primeira entrevista com os pais, combinei com a mãe de Pedro um horário fixo na semana para as sessões. Ainda não sabíamos as possibilidades e limites a respeito dessa configuração de atendimentos *online* com crianças pequenas e se seria ou não possível iniciar o trabalho, mas, como toda análise, fizemos uma aposta. A situação era de intensa angústia para as famílias, crianças e também para os profissionais de saúde. Assim, a ideia era a de escutar e avaliar, a partir de alguns encontros, qual trabalho seria (ou não) possível com Pedro e seus pais.

Comecei a pensar na situação da videochamada que, diferentemente dos atendimentos presenciais, precisa da presença e auxílio do cuidador responsável presente ou muito próximo, seja para auxiliar na manutenção da chamada, seja para orientar ou participar de alguma atividade. Penso que esse foi o primeiro desafio para poder escutar Pedro e, ao mesmo tempo, trouxe elementos para reconhecer as possibilidades, limites e dificuldades do novo *setting* com essa criança e seus pais.

3.1 Algumas considerações acerca dos atendimentos *online*

Pensamos, devido à particularidade do momento em que vivíamos, discutir algumas considerações a respeito do momento e do *setting* dos atendimentos realizados. Como já exposto, o início dos atendimentos de Pedro coincidiu com o contexto pandêmico e com as primeiras exigências de isolamento social, o que exigiu a adaptação dos atendimentos para o modelo remoto. Nos primeiros meses do isolamento social, professores vinculados à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar os impactos da pandemia na saúde mental da população, constataram que houve um aumento de 90% nos casos de depressão no país e, no caso de quadros de ansiedade, o número de casos

duplicou. Além disso, foi descrito um aumento significativo de sintomas, como irritabilidade, insônia, falta de concentração, entre outros (69). Esses dados denunciam os efeitos desorganizadores da pandemia sobre os sujeitos que, mais do que nunca, precisavam de espaços de simbolização.

Esse cenário levantou uma série de questões acerca dos rumos dos cuidados com a estruturação psíquica dos bebês e das crianças pequenas, assim como sobre os limites e possibilidades do trabalho desta clínica em formato virtual. Foi preciso providenciar uma maneira para que os trabalhos de análise continuassem ou iniciassem. Mas, diferentemente da clínica com adultos que, na maioria dos casos, parece se sustentar pelo meio virtual sem grandes entraves, a clínica com bebês e crianças pequenas trouxe mais limites e questionamentos, devido às particularidades do momento de estruturação psíquica e desenvolvimento em que se encontram. Apesar disso, há relatos e considerações interessantes de encontros e intervenções possíveis dos analistas com bebês, crianças e suas famílias (68,70,71)

Para que possamos pensar essa prática, é preciso, em primeiro lugar, discutir os aspectos éticos da psicanálise, o que envolve uma constante retomada dos pressupostos teóricos: o analista com seu desejo, a transferência, a participação dos pais, a aposta no sujeito da criança e a função do brincar (71). Um dos aspectos essenciais para que a prática analítica se sustente é o desejo do analista que, nesse momento, desalojado de seu *setting* habitual e atravessado pelo momento de inúmeras mudanças e incertezas, deve estar atento às suas próprias dificuldades, preconceitos, medos e inibições, para que possa sustentar esse desejo, o laço com os pacientes, assim como o manejo criativo na clínica.

Ao pensar a clínica da primeira infância, devemos levar em conta que esse momento delicado atinge as crianças de várias maneiras. Houve a suspensão da ida à escola e espaços de lazer; ausência de convívio com outras crianças e família estendida; reclusão dentro de casa; mudança na rotina e na relação com os adultos cuidadores. Muitos deles sentiram-se extremamente angustiados e desorganizados nesse momento, confrontados diversas vezes com o não-saber e suas próprias incertezas nas novas configurações e atribuições impostas pelo isolamento social.

Sabemos que a desorganização psíquica dos pais afeta também os pequenos que, em tempos de constituição, são bastante permeáveis às significações que lhe são atribuídas (ou a falta delas), pelas angústias e preocupações dos pais,

assim como dependem do laço e do prazer compartilhado nos cuidados e no brincar para sua estruturação psíquica e seu desenvolvimento global. Por essa razão, pensamos ser imprescindível oferecer um espaço de interlocução para os pais, tanto para compreender como a criança está lidando com o momento, como também para escutar suas angústias e desafios no exercício da parentalidade. Trata-se de abrir lugar a uma possível elaboração e ajudar os pais a exercerem suas funções, o que implica em estratégias que favoreçam o encontro e as trocas de prazer (68,71) que, no contexto do isolamento, podem ficar comprometidos.

Há o consenso de que os encontros virtuais com as crianças não são equivalentes aos presenciais. É preciso considerar o momento da estruturação, a posição subjetiva, as dificuldades e singularidade para avaliar e decidir sobre as condições e enquadres possíveis dos atendimentos online. Para as crianças menores, o Outro está encarnado, ainda não está inscrito psiquicamente e, por essa razão, quanto menor a criança, menor a capacidade de representação e, assim, mais difícil de sustentar uma relação com o outro na ausência do corpo. Hoff (72) esclarece que “dominar o campo virtual implica na necessidade de dissociar-se do corpo real, portanto, a apropriação do eu enquanto estrutura simbólica precisa estar organizada”.

Jerusalinsky (68) descreve alguns obstáculos encontrados nos atendimentos intermediados pelas telas: “a bidimensionalidade da visão, o desencontro do olhar, a deformação da voz, a ausência de um espaço comum para o contexto da enunciação, a falta de olfato”. Todos esses elementos podem dificultar e, dependendo do caso, impedir os encontros. Passa-se a depender de uma maior presença dos pais, seja na manutenção do *setting*, seja para traduzir acontecimentos, intermediar ou participar das brincadeiras etc. Ao analista caberá, com os recursos disponíveis, “sustentar o tempo e o espaço para o desenrolar de um fazer imprevisível da criança”, ou seja, abrir brecha para que o sujeito possa aparecer.

Nesse mesmo sentido, Rosi (71) afirma que:

Assim como nas sessões tradicionais, mantemos certa suspensão de nossas expectativas e colocamo-nos disponíveis a ouvir e a jogar o jogo possível para cada criança. Tanto melhor que a própria criança possa propor a atividade, quando caberá a nós o empréstimo de algum recurso para torná-la viável. Por trás das telas, redimensionados os objetos voz e olhar, só podemos esperar efeitos

imprevisíveis e sustentar a aposta primordial de que o desejo do analista convoque o sujeito a se manifestar.

Há casos, como no encontro com os bebês ou crianças com maiores impasses no laço com o Outro, em que a presença do analista no vídeo servirá de suporte para testemunhar acontecimentos e criações do encontro dos pequenos com os pais – uma observação, uma confirmação, uma presença que favoreça o laço e o aparecimento do sujeito – ou a sustentação da suposição dele junto daquele que exerce a função materna.

Assim, defendemos que os analistas, apoiados nos princípios éticos, continuassem escutando o sofrimento dos seus pequenos pacientes durante o isolamento social – mesmo com toda limitação e obstáculos que o trabalho online impôs. Assim como nos atendimentos presenciais, é fundamental que se considere as singularidades de cada caso – contexto, momento estrutural, lugar no discurso, transferência para a decisão de oferecer ou não o atendimento remoto, assim como para a condução e estratégias de intervenção. Caberá ao analista, com seu desejo, sustentar a invenção na clínica.

3.2 Entrevistas iniciais

O primeiro encontro contou com a presença dos pais e de Pedro. Catarina relatou estar muito contente por ter conseguido, após muito tempo de espera, uma vaga para o filho receber atendimento. Catarina e Paulo se conheceram através de um aplicativo de relacionamento e, por residirem em cidades diferentes, após algum tempo, Catarina decidiu se mudar para a cidade de Paulo com o intuito de morarem juntos. Estão casados há seis anos. A gravidez foi planejada logo no início do relacionamento porque, segundo Catarina, ela já estava com 40 anos e Paulo ainda não tinha filhos, diferente dela, que tem outros dois filhos. Contou ter pensado que seria difícil e demorado engravidar em função da idade avançada, porém, em 2 meses, descobriram que ela estava grávida.

Catarina relata que, desde bebê, Pedro “é diferente” dos outros filhos. Achava estranho o fato de ele não responder com risada às gracinhas que os pais faziam, além de não saber abrir a boca para receber papinha. Percebia Pedro sempre muito quieto e com um semblante muito sério. Disse que ele chorava muito pouco e “ficava quietinho no carrinho, assistindo desenho na TV”. Tal descrição feita

pela mãe **parece coincidir com sinais de um fechamento autístico precoce, tal como descritos por Crespín (16).**

Catarina falou que sempre trabalhou muito. Tinha planos de retornar ao serviço após a licença-maternidade, mas a empresa faliu e demitiu os funcionários. Resolveu dedicar mais tempo para ficar com Pedro e, quando ele entrasse na creche, retornaria ao emprego. No entanto, disse não ter encontrado vaga na creche até os 2 anos do filho e afirmou que **“quando descobri que ele era autista virou só isso”**. Atualmente, Catarina cuida dos serviços domésticos e de Pedro, enquanto Paulo trabalha durante o dia. “A vida toda trabalhei em telemarketing, foi uma mudança radical para mim virar só dona de casa e mãe... **porque é isso que eu me sinto: só mãe do Pedro**”.

Ao relatar como foi o caminho percorrido, até que Pedro chegasse ao neuropsiquiatra, que deu o diagnóstico de autismo, Catarina conta que o **pediatra que o acompanhava afirmava estar tudo bem com o desenvolvimento de Pedro**. No entanto, ela afirma que **achava muitos “comportamentos estranhos” no filho** e começou a pesquisar. Disse que chamava sua atenção o fato de ele ter nascido sem reflexo de sucção, além de não sorrir, como as outras crianças faziam. Mamou até os 6 meses e, a partir daí, começou a tomar leite no copinho. Quando começou a comer papinha, não abria a boca para experimentar e **não aceitava nada com consistência pastosa**. Até os 7 meses, Pedro imitava, sorria e olhava bastante para os pais e, não sabe por qual razão, **de repente parou** – **“a gente fazia gracinha para ele e parecia que ele não ouvia”**. Notou que ele não batia palmas e que chorava com o barulho delas. Além disso, percebia **um atraso significativo na fala**. Segundo ela, até os 2 anos, ele não falava nada.

Catarina sentia que algo não ia bem e começou a pesquisar na internet o que poderia estar acontecendo. Disse ter encontrado um médico que falava sobre autismo no Youtube e percebido que poderia ser o caso de Pedro — “ao ler os sinais que o médico passou, **reconheci o Pedro ali**”. Ela disse ter seguido a orientação desse médico e **anotado tudo o que Pedro fazia e que se enquadrava no diagnóstico** para, posteriormente, levar as anotações para o médico — “O Dr. X disse que era muito importante que a gente **deixasse anotado todo comportamento que a gente observasse que podia ser autismo** para levar como se fosse um relatório para o psiquiatra, assim ele poderia saber detalhes importantes

para ver se era isso mesmo”. Contou ter observado que Pedro gostava de “rodar, enfileirar e empilhar objetos”, “tinha fixação em objetos, como os animaizinhos que até hoje precisa levar para cima e para baixo senão chora”, “sempre queria guardar os brinquedos do mesmo jeito”, e disse que **“parece que ele não brinca, apenas enfileira e joga os objetos sem função.**

Catarina resolveu, então, quando Pedro tinha 1 ano e 9 meses, levá-lo ao neuropediatra do SUS — “Eu desconfiava do diagnóstico de autismo e ele confirmou. Eu levei tudo o que o Pedro tinha desde bebê por escrito, ele foi avaliando e disse que era autista mesmo”. Catarina disse que a avaliação e o diagnóstico foram feitos logo no primeiro encontro: — **“o médico fazia umas perguntas, às vezes chamava o nome dele para ver se ele olhava ou não e fazia um x nas alternativas que tinha no papel...ele perguntava “cadê a mamãe? E o Pedro apontava pra ele mesmo...”**. Depois de passar por esse médico, Catarina optou por confirmar o diagnóstico com outro profissional particular. “Levei e mesma coisa! Deu o diagnóstico. Ele perguntava: seu filho faz isso? Seu filho faz aquilo? **Eu já tinha tudo anotado e já sabia a resposta, porque aprendi a fazer em casa o diagnóstico, né...** aí ele disse: seu filho é autista sim, tem que procurar tratamento interdisciplinar”.

Catarina **relatou ter demorado muito para encontrar atendimento** para ele e sente que o que o ajudou a ter evoluções foram: — **“as terapias que eu fazia aqui em casa com ele!** Eu entrei num grupo de mães de autistas e **assistia os vídeos do Dr. X e Dra. Y no Youtube e lá eles ensinam a fazer o tratamento:** exercícios de Fono, de psicólogo, **como falar com ele, como corrigir o comportamento...”**.

Pedro começou a frequentar a escola quando tinha dois anos. Catarina relata que procurou muito por um berçário para matriculá-lo, mas não encontrou. Tinha o plano de voltar a trabalhar, mas não o fez, pois **“quando descobri que ele é autista fiquei neurótica e vivia pesquisando sobre isso”**. Na escola, Catarina disse que a professora comentou que ele tinha dificuldade em participar das atividades com as outras crianças e que ele não se interessava “por conta própria” em fazer as atividades: “Até hoje é assim... tem que ficar ali com ele. **Por interesse dele, ele não faz. Elas não falaram nada sobre autismo, mas eu já sabia né...** nessa época eu já estava com o neuro marcado, aí já levei o relatório da escola com esses comentários”.

Consideramos alguns elementos importantes a serem comentados a partir dessa primeira conversa. O primeiro diz respeito à experiência descrita por Catarina ao perceber que algo não ia bem com Pedro e se deparar com o que Jerusalinsky (48) denominou “conduta expectante” do profissional de saúde. A autora destaca que essa postura é ainda muito recorrente e caracteriza uma das dificuldades relativas à detecção precoce de sinais de sofrimento psíquico nas crianças pequenas.

Jerusalinsky (48) entende a rápida passagem de uma conduta expectante (“está tudo bem”, “vamos esperar”) a uma patologização da criança – diagnóstico fechado e definitivo – como um sintoma grave do campo da saúde. Dá-se ênfase ao diagnóstico como destino definitivo, ao invés de evidenciar a infância como momento de estruturação, e ainda perde-se um tempo precioso de intervenção em um momento em que a plasticidade neuronal e a permeabilidade a inscrições psíquicas são grandes.

O segundo elemento que gostaríamos de destacar se relaciona aos efeitos iatrogênicos dos diagnósticos. De acordo com a referida autora (48), os diagnósticos em um tempo precoce:

[...] induzem o mecanismo das profecias autorrealizáveis, pelas quais, diante de um risco dessa ou daquela patologia, os pais passam a buscar na internet o que esperar desse quadro e é desde esse espectro que passam a olhar o filho.

No caso de Catarina, diante dos desencontros que surgiam no cotidiano na relação com o filho, imediatamente ela buscava nas páginas e vídeos da internet respostas ou orientações relacionadas ao quadro diagnóstico do autismo. O referencial principal da mãe para olhar o filho, suas falas, seus gestos, seu brincar, passou a ser orientado por dizeres e termos médico-científicos e instrumentos diagnósticos. Além disso, o ideal com relação ao filho passou a ser relacionado a realizações performáticas e de desempenho – brincar “certo” (como o esperado), falar X palavras aos 3 anos, obedecer quando solicitado, andar sem pisar nos brinquedos, etc.

Nesse sentido, Jerusalinsky (19) destaca o risco de a relação dos pais com os filhos ficar empobrecida de espontaneidade e passar a ser mediada pela busca e fixação de signos patologizantes, em lugar de produzir intervenções propiciadoras da constituição. Segundo a autora, os diagnósticos e as intervenções

em bebês coincidem com o momento em que o laço entre pais-filho ainda está sendo estabelecido e, por essa razão, os pais tornam-se extremamente susceptíveis às atribuições e dizeres dos especialistas.

O próprio brincar pressupõe o lúdico e o prazeroso fica comprometido diante da averiguação e busca constante para que a criança mostre e faça, nas mais diversas situações, o que se quer e espera que ela faça.

Os profissionais da saúde, por sua vez, tendem a oferecer dados e informações a respeito de um quadro diagnóstico determinado, antes mesmo dos pais terem a chance de movimentar uma interrogação própria sobre os sintomas ou características do filho. Informação, nesse caso, ligada ao conceito de *Erlebnis*, de Benjamin (33), pautada na busca de uma verdade, não subjetiva e fechada a interpretações e outros sentidos e, portanto, na contramão das condições constituintes da subjetividade.

No caso de Pedro, com 2 anos de idade, em uma única consulta, sem considerar a história da criança e a narrativa dos pais, estabeleceu-se um diagnóstico fechado e encerrado: “ele é autista”. Lembrando que estamos aqui tratando da clínica de crianças pequenas, em um tempo de estruturação psíquica, um tempo por vir, de futuro incerto.

Não estamos afirmando que as avaliações e diagnósticos não possam ter uma função importante em determinados casos, mas sim apontando à necessidade de atenção e cuidado com os possíveis efeitos que estes podem ter nas famílias e, principalmente, no laço entre os pais e os filhos pequenos. Segundo Travaglia e Coriat (73,74), as “convocatórias medicalizantes” funcionam como um discurso social que atrai narrativas de sofrimento. Se, por um lado, o diagnóstico pode apaziguar as angústias dos pais frente ao que causa estranhamento na relação com o filho, por outro lado, sobrepor a nomeação simbólica, que se efetua a partir dos significantes familiares. Como afirmou Catarina, com relação ao diagnóstico: “reconheci Pedro ali”.

Além disso, como aparece no relato materno, na internet encontram-se facilmente questionários no modelo “*check-list*” para as diferentes classificações diagnósticas, assim como sugestões de intervenções “passo a passo”, as quais respondem às dificuldades e dúvidas dos pais. No *site* do médico que Catarina disse acompanhar, encontramos diversos artigos disponíveis, com os seguintes títulos: “Como **resolver** a dificuldade no contato visual no autismo?”, “Como entreter filhos

autistas na quarentena?”, “Como trabalhar ou **alterar** o comportamento no autismo?”, “Como **tratar** a hiperatividade do autista?”, “Como **controlar** a ansiedade da criança com autismo na quarentena?”, “Os benefícios do **tratamento medicamentoso** no TEA”.

Esses títulos sugerem que há uma forma generalista e universal de se cuidar das questões das crianças autistas, assim como se supõe que os comportamentos, sintomas e características descritos pela família sejam efeitos da patologia, o que desconsidera as manifestações singulares do sujeito e seu modo particular de estar no mundo e sofrer. O fato de ser descrito como um transtorno faz com que os profissionais (e, em consequência, os pais) busquem ativamente verificar, nas produções da criança, signos patológicos, ao invés de primar pelo que a pequena criança dá a ver em sua produção e em como consegue expressar seu sofrimento e suas dificuldades. O “problema” fica na conta da “patologia” e, o entorno da criança, sua história, produções e relações acabam, nessa lógica, desconsiderados. Como afirma Catarina, “agora Pedro começou a querer chutar e empurrar quando fica bravo, fica **gritando e chorando sem parar... a gente fica desesperado e não faz ideia do que é e o que fazer, só sabemos que é o autismo (...)**”.

De acordo com a mãe, durante a consulta, o médico indicou dois medicamentos: “**Risperidona, porque Pedro não dormia, acordava durante a noite e apresentava muita agitação, e Neuleptil, para melhorar o comportamento**”. Segundo ela, após a medicação, houve avanços no desenvolvimento de Pedro, que começou a falar algumas palavras, mas ainda assim considera que o filho não dorme bem: “ele melhorou, mas dormir ainda não dorme... você dá o remédio pra ele, é questão de 4h, 5h e ele já acorda... mas sem o remédio ele acordava direto, de hora em hora, e a agitação continua mesma coisa”. Durante o acompanhamento de Pedro, os pais contam que o neuropediatra aumentou a dose de Risperidona e acrescentou a Melatonina na hora de dormir, afirmando que **o normal** é uma criança de 3 anos dormir **10 horas seguidas**. Os exames de sangue de Pedro haviam apresentado alterações significativas nos índices de prolactina e de colesterol. O médico disse que era normal, devido ao uso da Risperidona.

Vizotto e Ferraza (75) afirmam haver, na clínica pediátrica e psiquiátrica contemporânea, um **grande desinteresse nos discursos e histórias de vida dos pacientes e famílias**. Deixa-se de investir na clínica da observação e escuta do

sofrimento psíquico e passa-se a investir em pesquisas e explicações sobre os fenômenos humanos traduzidos por desequilíbrios neuroquímicos e que justificariam intervenções medicamentosas.

Esse fenômeno é, segundo Pande *et al.* (76), consequência da medicalização e da farmacologização do sofrimento, que implica em um aumento dramático dos diagnósticos e prescrições medicamentosos em todas as faixas etárias. Passa-se a recorrer a intervenções medicamentosas como estratégia central para abranger e apaziguar os mais diversos sofrimentos e mal-estares relacionados à existência humana.

Como no caso de Pedro, o diagnóstico e a prescrição medicamentosa foram realizados em uma única e breve consulta, e seus comportamentos, diretamente associados a efeitos de um transtorno, destituindo-os de qualquer subjetividade ou história. Crianças “não autistas” também podem apresentar sintomas como insônia, agitação, irritabilidade, assim como podem desobedecer aos pais ou enfrentá-los. Aí está uma das armadilhas do diagnóstico: a redução de todo comportamento ou sintoma como produto de um distúrbio ou doença. Chama também a atenção a prescrição de dois antipsicóticos, sem que os riscos e perigos da administração precoce fossem informados aos pais.

Os antipsicóticos, como a Risperidona e o Neuleptil, prescritos a Pedro, fazem parte de um grupo de fármacos originalmente desenvolvidos para tratar psicoses. Esses fármacos são hoje amplamente utilizados em casos de adultos e crianças diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista, tendo como principal função conter comportamentos agressivos e autolesivos (77), uma vez que têm efeitos sedativos sobre o organismo. Estudos demonstraram um desempenho significativo da medicação sobre sintomas de agressividade e irritabilidade severas e comportamentos automutilatórios (78). Por outro lado, sabe-se que esse tipo de medicação interfere na motricidade, nas vias respiratórias e no metabolismo da glicose, podendo favorecer o desenvolvimento de diabetes e obesidade, além de causar hiperprolactinemia, constipação, incontinência urinária, vertigem, entre outros efeitos colaterais (79). Estima-se que mais de 18 mil pessoas tenham processado a indústria farmacêutica Johnson & Johnson, nos Estados Unidos, por causa dos efeitos secundários danosos da Risperidona. Entre outros efeitos, ela promove o aumento exagerado do hormônio prolactina no organismo. Por isso, uma porcentagem significativa de rapazes que tomaram a droga quando crianças

desenvolveram a ginecomastia, que se caracteriza pelo crescimento anormal de uma das mamas (ou ambas) (76).

Um dado relevante a ser pontuado com relação à prescrição de psicotrópicos na primeira infância diz respeito à regulamentação e orientação para sua aplicação. A maior parte dos psicofármacos utilizados na infância são de caráter “*off label*”, ou seja, não são aprovados pelas agências de regulação devido à falta de indícios satisfatórios sobre sua eficiência, eficácia e segurança. Nesses casos, o clínico escolhe prescrever a medicação a partir de sua experiência clínica ou a partir de fontes de informação que julgar relevantes (76). No Brasil, apenas a Risperidona e a Periciazina foram aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o controle de sintomas associados ao TEA e, como consta na bula, seu uso é indicado apenas para pacientes maiores de 6 anos. Assim, sua prescrição para crianças pequenas, como Pedro, relaciona-se ao chamado uso *off label* por não haver pesquisas com crianças nessa faixa etária que garantam a sua segurança de uso e também por elas serem consideradas um grupo de risco.

Outro aspecto importante do que foi relatado por Catarina relaciona-se às dificuldades encontradas pelas famílias, principalmente – mas não só – que dependem exclusivamente do serviço público de saúde para encontrar atendimento com foco nas dificuldades específicas da primeiríssima infância. Lima e Couto (80) realizaram um estudo a respeito das experiências dos familiares cuidadores de crianças diagnosticadas com autismo no Brasil. A análise das narrativas dos familiares destacou serem recorrentes as seguintes questões: o sentimento de solidão na percepção de dificuldades no bebê; o desgaste e a sobrecarga física e emocional cotidianos; a exaustão no processo de busca de algum esclarecimento sobre o que se passa com a criança, assim como o isolamento social do cuidador e saída do mercado de trabalho, principalmente das mulheres, devido à dedicação exclusiva aos filhos e à falta de suporte social. Os autores ainda afirmam que há evidências de que fatores socioeconômicos – pobreza, pertencimento a minorias étnicas, residência em áreas periféricas – se relacionam com o acesso ainda mais difícil e tardio a serviços de cuidado, devido à falta de suporte social, apoio conjugal e pouco acesso a serviços de saúde.

A partir da constatação de que algo não vai bem com o bebê ou criança, os relatos apontam a existência de uma frequente “peregrinação” dos pais com os filhos nos serviços de saúde, públicos e privados, marcada por inúmeras idas e

vindas, diferentes diagnósticos, mudanças de profissionais e instituições de saúde – do pediatra ao neurologista, do neurologista ao psiquiatra, do psiquiatra ao psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assim por diante. Ribeiro (81), em seu trabalho acerca do trajeto realizado por famílias de crianças que foram diagnosticadas com autismo no Brasil, identificou que cada família visitou cerca de 6 profissionais e/ou instituições até ter início o acompanhamento, em um percurso que chegou a demorar meses ou anos.

Nesse percurso, os pequenos são expostos a uma série de exames e avaliações. Jerusalinsky (82) aponta que, em geral, os testes aplicados nas crianças pequenas medem performances e, ao final, indicam diagnósticos definitivos. A partir dos diagnósticos, é comum que as crianças sejam submetidas a múltiplos treinamentos fragmentados. Esse processo, quando desconsidera os bebês como sujeitos em estruturação, assim como a singularidade e história de cada um, acaba por objetificar a criança e desfavorecer o processo de constituição psíquica.

A pesquisa realizada por Lima e Couto (80) identificou a existência de uma grande dificuldade de muitos profissionais da saúde *da atenção básica* em identificar sinais de sofrimento nos bebês e crianças pequenas, bem como um desconhecimento a respeito da existência de uma clínica para crianças menores de 3 anos. Em consequência disso, não é incomum os cuidados e intervenções só serem iniciados após a confirmação de alguma psicopatologia específica, geralmente com uma idade um pouco mais avançada, entre os 3 e 5 anos. Isso implica, como já comentado, na perda de um tempo precioso de cuidados à criança, uma angústia enorme dos pais, que se sentem desamparados e impotentes frente ao que não vai bem com o filho e às mudanças significativas na dinâmica familiar – fatores que não são sem consequência no processo constitutivo dos pequenos sujeitos.

Ao pensar a primeiríssima infância, não podemos esquecer o fato de que o desenvolvimento de uma criança está intrinsecamente articulado com o desenrolar da estruturação psíquica. Essa estruturação, como já exposto, acontece na relação do bebê com seus cuidadores, permeada pelas mais diversas contingências que atravessam a vida e, por essa razão, a clínica precoce considera sempre o bebê na relação com seu entorno (pais, família, ambiente).

No caso de Pedro, embora a mãe tenha notado precocemente que algo não ia bem, quando procurou ajuda profissional, não foi escutada e seu saber sobre

seu bebê foi desvalorizado. Ela não contava com a presença de familiares, tampouco com outra rede de apoio social para lhe ajudar. Seu marido trabalhava o dia todo e afirmava que “quem sabe sobre cuidar de crianças é ela” (sic). Quando foi procurar vaga no berçário para o filho, não encontrou e, para agravar a situação, vivenciou parte deste período na pandemia, com as restrições nas interações sociais. Catarina só conseguiu alguma orientação quando o sofrimento de Pedro já havia tomado a forma de uma sintomatologia “barulhenta”, como destaca Crespin (16): ausência de fala, insônia, crises de angústia inconsoláveis, além de dificuldades na escola.

Na proposta que defendemos, os sinais de sofrimento psíquico na primeira infância não guardam uma correlação fechada com um determinado quadro patológico: basta que algo não vá bem para que se acolha a família e se inicie um cuidado com aquela criança.

Outro aspecto que consideramos importante discutir relaciona-se à potência que os dizeres dos especialistas e as informações veiculadas nos canais digitais, tais como redes sociais, blogs e plataformas de vídeo online, ganharam na atualidade. Enquanto antes as mães recorriam às suas próprias mães, avós e pessoas próximas na tentativa de obter um saber a respeito da parentalidade, hoje nos encontramos com pais que chegam aos consultórios angustiados, lidando com seus filhos de maneira bastante solitária e buscando nas redes sociais, nos discursos dos especialistas, influenciadores e blogueiros, as respostas para os enigmas e dificuldades na relação e com a criação de seus filhos.

Se, por um lado, as redes podem oferecer aos pais espaço para trocas de experiências e identificações, por outro, muito frequentemente, captura o mal-estar dos bebês e crianças na lógica dos desajustes e de quadros psicopatológicos. Além disso, a aplicação de técnicas e oferta de consultorias especializadas têm se generalizado para toda e qualquer questão da vida. Há técnicas para alimentar, técnicas para desfraldar, técnicas para amamentar, consultores de sono, de disciplina positiva, etc. Segundo Mattos (83), frente a tanta oferta de informações, os pais, muitas vezes, “revelam-se mais consumidoras e consumidores por esses objetos e saberes do que desejantes”.

Carvalho (84) afirma que, como efeito da invasão científica e tecnológica em todos os aspectos da vida humana, as pessoas não conseguem mais agir sem o auxílio de um especialista ou de alguém que considere como tal. O autor cita, dentre as consequências de tal mecanismo, um desinvestimento dos saberes construídos

a partir dos processos identificatórios, ou seja, da experiência singular de cada sujeito a partir da tradição familiar. Em suas palavras:

Não é mais incomum assistirmos à angústia de mães recentes frente às situações de dor de seus filhos. Essa angústia está situada no exato lugar de sua indecisão entre fazer-se herdeira das histórias familiares – e, assim, enxergar seu filho a partir delas – e, denegá-las, procurando no mundo técnico dos especialistas as respostas para o sofrimento vivido por seus bebês.

Jerusalinsky (82), ao tratar desse aspecto contemporâneo na clínica com os bebês, observa que os pais, diante dos ideais sociais de eficácia, produção e performance e da oferta massiva de informações, têm ficado inibidos com a possibilidade de colocar em cena espontaneamente seu saber inconsciente a respeito dos cuidados e educação dos filhos. Concordamos com Marcos e Hallak (85) ao afirmarem que “nenhuma técnica é capaz de fornecer a construção singular do que é ser mãe” e, sendo assim, o trabalho que defendemos envolve uma clínica que sustente, reconheça e legitime o saber desses pais, com a singularidade e história de cada um, visando o prazer compartilhado na relação, bem como a transmissão de um desejo não anônimo, centrais para a constituição e desenvolvimento das crianças.

Nesse mesmo sentido, Golse afirma (86):

Mesmo que os pais carreguem pouca estrutura em seus espaços internos, todo e qualquer tom professoral de seus interlocutores põe em risco o narcisismo, elemento primordial no processo. Trabalhar com pais é lhes devolver a confiança perdida nos desvãos de suas histórias de filhos [...].

Gutfreind (1) compreende que o principal objetivo do encontro terapêutico com a parentalidade é o de sustentar a mãe e o pai na retomada de seu lugar. Como caminho possível, nos parece interessante a proposta de se resgatar uma narrativa singular e familiar com relação à história e aos sintomas da criança. A nomeação está no cerne da operação de filiação (57). Trata-se de um movimento que visa favorecer a experiência conforme concebida pelo filósofo Walter Benjamin, citado anteriormente neste trabalho: como aquilo que engendra algum sentido a partir da experiência singular daquele que a viveu, daquilo que afetou o sujeito, em contraponto com o imediatismo e respostas prontas da informação (85).

O que queremos destacar aqui é a aposta em um trabalho que tenha como base a singularidade de cada sujeito, de forma que a nomeação diagnóstica – que muitas vezes acaba por obturar a constituição de uma ordem aberta de significância (54) daquele que a recebe – não sobreponha a nomeação simbólica da filiação. Para isso, entendemos o resgate da capacidade narrativa como um recurso fundamental.

Oliveira (87) afirma que, na análise de bebês e crianças pequenas, é importante haver uma escuta dos pais que contribua para a instalação de uma interrogação referente à interpretação que eles dão aos sintomas do filho. Não se trata nem de uma orientação, nem de uma análise, mas de uma escuta que produza uma quebra da repetição especular entre pais e filhos ao redor do sintoma. Pensamos que a confrontação com diferentes significações a respeito dos sintomas dos filhos abre espaço para que outras interpretações, narrativas, histórias se instalem e possa implicar os pais na problemática de seus filhos. Diferente de respostas ou conselhos, se oferece a possibilidade de criação, de encontro e narração que visa a uma mudança na posição da criança na estrutura familiar – do lugar de objeto a significante.

Gutfreind (28) sustenta que as nomeações diagnósticas e os manuais poderiam muito colaborar, desde que não se opusessem à prosa e à narrativa – “o diagnóstico deve estar entre parênteses e não a criança”. A teoria cuidadosa e não excessiva ampara, mas a transformação ocorre no verdadeiro encontro, com espaço para o inesperado, para o diferente e para o afetivo.

[...] um diagnóstico fecha e pertence à zona sombria da palavra. Já a metáfora abre, desloca, é a parte arejada. Eis um quinhão metafórico que pode se aproximar do todo e uma forma de chegar ao inacessível pela teoria, construção maior junto ao bebê banhado de histórias. Enquanto somos cientistas, nós precisamos também ser artistas.

Por essa razão, as primeiras entrevistas com a família incluíram escutar individualmente a história de cada um dos pais, assim como os dizeres a respeito do filho. Abaixo, apresentarei os elementos que mais chamaram a atenção nesse espaço individual dos pais.

3.3 A história da mãe

No primeiro encontro somente com a mãe, proponho que Catarina me conte um pouco sobre sua história. Ela inicia o relato com “Nossa, não sei nem por onde começar... acho que nunca contei minha história para alguém”. Conta que tem 5 irmãos, dos quais 4 são mulheres, e que sua mãe se separou de seu pai quando ela tinha 2 anos de idade. O convívio com o pai foi pouco frequente até ficar mais velha, quando passou a ter mais contato com ele.

Os pais se separaram após a mãe descobrir uma traição do pai com a melhor amiga dela. Catarina diz que a mãe ficou muito mal, deprimida e nunca mais se relacionou com ninguém: **“ela ficou solteira, sem meu pai, sem ninguém”**. Depois de 6 anos, sua mãe ficou doente e descobriu que estava com câncer avançado no intestino. Inicialmente, o médico a diagnosticou com hemorroida e, com o tempo, o quadro foi se agravando.

Descobriram, então, que se tratava de um tumor que havia se espalhado para outras partes do corpo, levando-a a uma cirurgia de emergência: “ela teve que fazer uma cirurgia de vida ou morte: se ela operasse, morria. Se não operasse, morria”. Não se lembra ao certo quantos anos tinha, supõe ter sido entre seus 8 e 10 anos. Catarina conta que o médico disse que aquele tipo de câncer costumava vir de dores emocionais e afirma: **“penso que isso aconteceu com minha mãe por ela ter sofrido calada...”**. A mãe faleceu quando ela tinha 18 anos. Nos últimos dois anos, antes da morte, a mãe ficou acamada e o pai voltou a morar com eles para ajudar nos cuidados. Fala que a mãe morreu amando-o: — “ela negava até a morte que amava ele, mas na hora do sufoco, na hora da morte, ela morreu chamando ele... eu acho que ela morreu amando ele”. Depois foram morar com o pai. Sua irmã mais nova se casou e, depois de 2 anos, Catarina também se casou e foi morar com seu primeiro marido.

Viveu com seu primeiro marido por 13 anos. Nesse casamento, teve uma filha e um filho. Catarina descreve o ex-marido como um homem muito machista. Diz que, para ele, mulher tem que lavar, passar, fazer comida e acordar cedinho. Com o passar do tempo, foi se percebendo muito infeliz no relacionamento, buscou várias vezes conversar e expor o que não estava bem na relação, **mas ele não a ouvia**. Quando pediu a separação, ele não aceitou, falava que não ia se separar. “Estar com ele estava horrível, estava me consumindo. Perguntei uma vez para ele o que

a gente precisava fazer para ficar bem e sabe o que ele respondeu? Que eu precisava acordar mais cedo”.

Nessa época, Catarina cuidava das crianças pela manhã, fazia o almoço e ia para o trabalho. Retornava do serviço às 21h. Quando chegava, elas já estavam dormindo. As duas gestações desse casamento foram planejadas. Sempre pensou em ser mãe cedo. Na primeira gravidez, Catarina tinha 20 anos. Relatou que o relacionamento foi bastante complicado e começou a piorar, pois o marido queria um filho homem. Ela afirma que, após descobrir que o bebê era uma menina, ele começou a tratá-la mal e com indiferença. Não passava a mão em sua barriga, não a acompanhava nos exames de ultrassom. Durante a gravidez, conta que o marido queria que ela, mesmo grávida, limpasse, carregasse peso e subisse escadas, mas ela não aceitava. Quando chegava do trabalho, ele passava o dedo nos móveis para averiguar se estavam limpos. A segunda gravidez, 3 anos depois, foi totalmente diferente. Ele ficou muito contente ao descobrir que o bebê era um menino, a tratava bem e participava de tudo, só as exigências com a limpeza que continuaram iguais. Disse que ele brincava bastante com as crianças, mas que, com ela, não tinha ligação nenhuma e, por isso, **se sentia um objeto**.

Catarina descreve a **separação como muito complicada**. Relatou que o ex-marido, que se acidentou na época em que ela pediu o divórcio, ameaçava se matar se ela saísse de casa, se trancava dentro do banheiro com uma arma e falava para as crianças que estava fazendo aquilo por causa da mãe, que não queria mais ficar com ele. Ela sente que os filhos a culpavam por tudo o que acontecia. Após a separação, a guarda dos filhos ficou com o pai das crianças. Segundo ela, os filhos disseram que queriam continuar morando com ele, porque supunham que ela era forte e ele frágil. Entristeceu-se ao falar que não se conformava com o fato de as crianças terem optado por proteger e ficar com o pai, mesmo depois de todo cuidado que dedicou a elas. Disse que gostaria muito que os dois morassem com ela, mas até hoje eles não querem, pois ela tem uma outra família e **o pai ficaria sozinho**: “eu achei isso muito humilhante... **a mãe cuida, a mãe fica ali o tempo todo e eles escolhem ficar com o pai?** Aquilo me desestruturou...meu mundo desabou!”. Catarina diz ter sido muito gostoso viver a maternidade novamente depois de 13 anos e afirmou: “**ter o Pedro foi bom... penso que ele ocupou a falta que estava sentindo dos meus filhos comigo... agora tenho ele e ele me ocupa nesse sentido**”.

Alguns anos depois do divórcio, conheceu seu atual marido. Relata sentir o marido sempre distante, desinteressado e pouco afetivo. Durante o período da quarentena, o marido saía às 7h para trabalhar e retornava no fim do dia. Ela ficava com os cuidados da casa e de Pedro nesse período. No fim do dia, quando Paulo chegava, ficava brincando com Pedro no quarto até às 21h, horário que o filho dorme. Catarina comenta: **“quando o pai chega ele, só quer ficar com o pai... os dois ficam no quarto e eu na sala...”**, e lamenta que Paulo não separe um tempo para estar com ela.

Comentou que recebeu recentemente uma proposta de trabalho e ficou empolgada e com vontade de aceitar, mas que não vê possibilidade, porque sabe que precisará levar Pedro para fazer terapias. Enquanto eu conversava com a mãe, Pedro foi dar uma volta de carro com o pai. Antes de ir, Pedro veio correndo falar para a mãe: **“mamãe, eu tô indo e vou deixar você sozinha”**, **“vou deixar você sozinha!”**. E quando retornou, cerca de 40 minutos depois, disse: **“deixei você sozinha!”**.

Catarina relata também que tem, há muitos meses, insônia. Antes, não conseguia dormir porque Pedro acordava de hora em hora, e hoje **não sabe dizer porque não consegue adormecer**. Costuma dormir somente duas horas por noite. Diz sentir-se disposta durante o dia, mas muito estressada e nervosa, principalmente por **não poder tirar o olho de Pedro, do seu barulho e demanda constante de atenção**. Pergunto um pouco mais sobre a insônia e sobre o que poderia ocupar sua cabeça a ponto de não deixa-lá descansar. Após pontuar preocupações rotineiras, conta que está infeliz no seu casamento e que temia estar sendo traída: “A verdade é que somos conhecidos que, de vez em quando, se cruzam na casa. Ele sempre foi bem quieto, mas no começo falava que gostava, dava beijão. Hoje em dia, mal conversamos; intimidade, só se vai para cama. E não é por causa de filho não, viu? Já estava assim antes. Eu sinto falta de momentos de casal, de carinho... quando tomo atitude e exponho para ele isso tudo, ele diz que sou muito carente. Quando falo para a gente sair, ele responde “e quem vai ficar com o Pedro?” Sinto que sou mãe do Pedro e ponto. É isso que sinto e só! Quero ser olhada, quero ser desejada, mas aqui eu posso me arrumar, maquiagem, cortar o cabelo e nada! A gente não se conversa em casa, não tem diálogo. Por exemplo, nesse momento ele está no quarto com o Pedro, fica lá brincando com ele no quarto, independente se eu estiver com você aqui, ele tá lá no quarto com Pedro brincando...

ele fica lá no quarto e eu aqui na sala, entendeu? Se eu fico no quarto, ele fica na sala... involuntariamente ou voluntariamente, não sei dizer... mas não fica no mesmo ambiente...agora que a gente começou a ficar mais nós 3 na sala, mas cada um em um sofá... ele senta de um lado, eu do outro... não tem pegar na mão, não tem um abraço, nada! Confesso que, quando paro, fico neurótica pensando se ele tem outra mulher... se ele vai me deixar”.

Pedro, no momento em que vai sair com o pai, fala, repetidamente, “vou sair e deixar você sozinha”, e isso talvez tenha ‘denunciado’ uma das questões de sua mãe: separar-se e se sentir só. A história de Catarina parece ter sido atravessada por diversas separações dolorosas: o divórcio dos pais, que ela supõe ter desencadeado a doença na mãe; a morte da mãe, que Catarina associa ao sofrimento calado da mãe; a separação do ex-marido, que na época se acidentou e ameaçava se matar; a separação dos filhos, com a escolha deles por viverem com o pai para que esse não ficasse sozinho. Em alguma medida, Catarina parece articular o separar-se com o estar só.

Se, por um lado, Catarina se mostra bastante cansada da demanda constante de Pedro, por outro, quando Paulo chega do trabalho e vai brincar com Pedro no quarto, Catarina se entristece, sente-se sozinha, “de fora”, não incluída. Catarina lamenta pelos filhos terem escolhido morar com o pai e lamenta quando Pedro vai brincar no quarto só com o pai. Além disso, chama a atenção a localização de Pedro: como aquele que preenche a falta que ela sente dos outros dois filhos. Que lugar Pedro ocupa no desejo dessa mãe? O que, dentre seus sintomas, está relacionado a essa história familiar? O que sabemos é que “Pedro não para”, “Pedro demanda atenção o tempo inteiro”, “Pedro não me deixa um minuto sozinha fazendo minhas coisas”.

3.4 A história do pai

Paulo, no primeiro atendimento, falou pouco. Ficou a maior parte do tempo brincando com Pedro, que solicitava a atenção dos pais. Ele disse ficar muito nervoso com a bagunça dos brinquedos pela casa e das coisas fora do lugar. Relata ter vivido sempre sozinho e, por isso, tem sido desafiador para ele a convivência com uma criança pequena em casa. Considera-se extremamente organizado e sempre planeja todas as suas atividades e compromissos com antecedência, **ficando**

extremamente frustrado quando algo sai fora do que pensou ou planejou. Julga que essa característica não é boa, porque gera sofrimento nele e nas pessoas com quem convive, porém não acredita que possa mudar, já que sempre foi assim. Com relação a Pedro, afirma: **“quem entende de criança pequena é a Catarina, né?! Ela já foi mãe, eu nunca tive contato com criança, ela que tem experiência”** e diz que **“o mérito de todo avanço dele, toda a busca por saber o que passava e atendimentos que ele passou é dela”**.

Em outro momento, ainda nas entrevistas iniciais com a família, agendei outro horário para uma conversa individual com Paulo. Diferente de Catarina, Paulo não estava disponível durante o dia para as sessões e, na primeira entrevista em que estava presente, além de ter precisado sair para cuidar de Pedro, senti que ficou sem espaço para falar. Peço para ele me contar um pouco sobre sua história e percebo um desconforto bastante grande da parte dele. **Ele afirma não gostar de falar sobre sua história e não saber o que contar.** Pergunta se eu não posso fazer perguntas objetivas com relação ao que eu preciso saber, pois, assim, ele tentaria responder. Percebendo sua grande dificuldade, optei por questões abertas, a fim de deixá-lo confortável para dizer o que quisesse. Paulo diz ter poucas recordações sobre a infância. Tem uma irmã 7 anos mais velha. Seus pais são separados e diz não ter contato com eles. Nunca teve uma relação boa com o pai e não fala com ele desde os seus 23 anos: — “até vi ele uma vez há uns anos, mas não significou nada para mim. Quando a pessoa não me interessa e não significa nada para mim, eu não faço questão nenhuma de ter contato. Eu excluo a pessoa, não importa pra mim”.

Com a mãe, conviveu algum tempo quando adulto, mas não foi bom, então também não a procura – “eu não guardo mágoa, rancor... se quiser falar comigo, eu respondo, mas não faço questão”. Seus pais permaneceram casados até seus 15 anos. Eles se separaram e ele foi morar com o pai “por interesse”, pois não queria ficar longe de amigos e dos lugares que frequentava. Nesse período, ficou cinco anos sem ver a mãe, que se mudou para uma cidade próxima: “não me interessei de querer saber dela nessa época”. Paulo conta que, em sua infância, apanhou muito e considera que foi excessivo. Afirma que, nos dias de hoje, seus pais seriam presos pela intensidade da violência. Por um lado, diz compreender, pois a mãe temia que ele escolhesse um caminho perigoso, do crime e das drogas. Logo que teve condições foi morar sozinho e não entrou mais em contato com a família.

No início da adolescência, pensava que não queria ter filhos, mas, com o passar dos anos, começou a pensar no assunto. Casou-se com Catarina aos 38 anos. Antes disso, morava sozinho. Por dois anos, após uma demissão, voltou a morar com a mãe, mas “não deu certo” e saiu. Desde então, ficou “livre e independente”. A gestação de Pedro foi planejada. Paulo diz ter sempre desejado uma menina, que se chamaria Yasmin. Conta que um amigo muito próximo lhe contou que eles estavam tentando ter filhos e que, se fosse menina, sabendo que o nome que ele gostava era Yasmin, daria esse nome para a dele também. Nesse momento, Paulo disse ao amigo: “quem vai ter menina e com esse nome sou eu! Vou começar a tentar também”. Conversou com Catarina e, em dois meses, ela engravidou. Pensou, a princípio, que não poderia ser pai, pois, no decorrer da vida, já “vacilou” com o uso de preservativos e, mesmo assim, nenhuma mulher engravidou.

Pergunto a respeito do seu desejo por uma filha menina. Paulo disse não saber, pensa um pouco e: “ah!!! Eu sei sim porquê!”, e associa uma lembrança que teve com uma antiga amiga, na adolescência. Ela tinha três filhos pequenos, três meninos e: **“eles eram o cão! O cão! Não paravam um segundo, não saíam do pé dela... os moleques não paravam!”**. Diz ter percebido depois, em contato com filhos de amigos, que se dava bem com as meninas e que elas eram **“mais calmas, mais tranquilas... sempre me dava melhor... me abraçavam... então sempre quis ter menina”**.

Quando confirmaram que Catarina estava grávida, Paulo diz ter ficado a princípio em choque, quase sem acreditar, e pensou: “Nossa! Eu posso ter um filho!”. Ficou muito feliz e, ao mesmo tempo, já muito preocupado, pensando muitas coisas sobre o futuro: “eu sou assim, tô falando aqui com você, mas meu raciocínio tá ao mesmo tempo pensando várias coisas lá pra frente... na época já comecei a pensar se daria conta de educá-lo, de comprar as coisas para ele”. Paulo fala que essa característica de “pensar lá pra frente” lhe traz algum sofrimento. **Diz ser muito exigente, muito detalhista e organizado**. Conta que programa e cronometra tudo em sua cabeça, incluindo possibilidades de imprevistos e, quando algo não sai como o esperado, fica extremamente frustrado. Pergunto como é o encontro dessas características com a chegada de uma criança pequena na casa, e Paulo afirma ser muito desafiador. No começo, ficava muito bravo ao ver coisas que comprou para durar anos quebrando nas mãos do filho: **“Normalmente, chego em casa e já passo**

o olho em tudo, sou muito detalhista. Consigo reparar se um objeto mudou de lugar com facilidade. Agora eu tento abrir mão. Quebrar, quebrou. Não vou comprar outro, não vou consertar..., mas dói, viu, dói!”.

Quando descobriu que o filho era menino, no exame de ultrassom, relata ter sentido uma tristeza por uns segundos, mas que depois focou em pensar que o que importava era que viesse saudável. Apenas em um ultrassom foi possível ver o pênis do menino, então **relata ter tido esperança até o momento do parto de ser algum erro e vir uma menina.**

Paulo relata que, quando criança, tinha habilidades na área artística, pintava muito bem e era reconhecido pelos colegas, mas afirma que **essas habilidades não foram reconhecidas e investidas por sua mãe:** “não é por isso que não gosto da minha mãe e não quero falar com ela... mas meu pensamento é assim: vou observar no que Pedro tem um desenvolvimento e vou investir! Seja futebol, natação, tecnologia... falo pra Catarina: vamos observar o que ele faz e investir! Eu nunca tive essa oportunidade, então presta atenção nele para investirmos (...) **eu não fui observado, meus pais não tinham tempo para isso, trabalhavam muito e eu passava o dia inteiro sozinho**”.

Enquanto Paulo fala sobre observar e investir, lembro da importância, para o processo de constituição psíquica, do movimento dos pais, a partir de seu desejo e capacidade de sonhar, em reconhecer um valor significativo nas produções gestuais ou languageiras da criança. Na análise de crianças que apresentam impasses nas primeiras operações de causação do sujeito, investe-se no estabelecimento de um laço social. Sustentado por seu desejo e pelo ato de escuta e acolhimento das palavras e/ou atos do sujeito, o analista, em sua função, se coloca como aquele que fornece os significantes e, principalmente, auxilia os pais em suas funções de narrar e sonhar pela pequena criança. Nas palavras de Elia (88):

A aposta do analista ao tomar todas as manifestações dos pacientes no campo do sentido, o que equivale a tomá-los, os pacientes, no lugar de sujeitos, é uma aposta no devir dos acontecimentos, e não no presente imediato: haverá – poderá haver ou não – o sentido/ advirá – poderá advir ou não – o sujeito. Trata-se de um ato do desejo do analista posto em operação, o que deve ser radicalmente diferenciado de uma ação interpretativa e indiscriminada, seja ela precisa ou difusa.

Comento com Paulo a importância do que ele disse (ou melhor, do que ouvi de sua fala) com relação a valorizar e investir nas produções e interesses de Pedro, e ele afirma: “não, acho que você não entendeu! **Por enquanto ele não faz nada... Como ele foi diagnosticado com isso, como posso dizer... eu não consigo ver nada pra investir, ele não entende as coisas como eu gostaria que ele entendesse... do jeito que uma criança normal da idade dele entende... eu tô esperando ele amadurecer, ver se daqui uns anos ele se desenvolve e aí sim poder enxergar ele como um fruto de alguma coisa que eu possa investir... nesse momento, não vejo nada, ele não é nada mais, nada menos que uma cópia minha... ele só me imita, copia o que eu faço...** ainda é dependente... vou enxergar futuro no menino quando ele fizer algo por ele”. Comento nesse momento a importância da imitação, no início do desenvolvimento de todas as crianças, e desse movimento de Pedro como um processo importante. Paulo afirma que percebe Pedro inteligente e com potencial: “basta ele querer”.

Pode-se pensar que, para esse pai, o diagnóstico o atravessou de forma a obstruir e dificultar os exercícios das funções parentais na relação com Pedro. Como comentado anteriormente neste trabalho, o narcisismo dos pais frente a uma criança que não responde, não convoca, ou que recebeu algum diagnóstico que faça cair o ideal da criança esperada, fica fragilizado e, em consequência, também o exercício das funções materna e paterna. A possibilidade de inventar sentido aos atos do filho fica abalada, cabendo ao analista, com seu desejo, dar acolhimento à palavra ou ao ato da criança, o que inclui contar, inventar e narrar com ela, dando suporte aos pais para que também o façam.

3.5 Os primeiros atendimentos virtuais com Pedro e sua mãe

Durante muitas consultas, assim que a chamada de vídeo se iniciava, Catarina sempre tinha algo para comentar a respeito de Pedro. Alguma dificuldade sobre o sono, consultas com o psiquiatra ou perguntas sobre como lidar com o filho. Em pouco tempo, Pedro começava a pedir “mamã” incessantemente e, após ouvir de sua mãe o “agora não” ou “espera um pouquinho que a mamãe quer falar um pouco com a Vivi”, iniciava um choro desesperado e custava a se acalmar, muitas vezes implicando no encerramento antecipado da sessão.

Catarina parecia estar em sofrimento. Embora sempre muito simpática, se apresentava sempre bastante irritada e frustrada na relação com Pedro e com seu relacionamento com Paulo. Comecei a notar que as chamadas de vídeo estavam sendo ocupadas por queixas e falas verborrágicas de Catarina e, em consequência, Pedro, que nas entrevistas iniciais com os pais, se mostrava mais aberto e interessado em aparecer na conversa e mostrar seus brinquedos, passou a se mostrar imediatamente irritado e choroso quando se iniciavam as ligações.

Essa mudança nas reações de Pedro me pareceu relacionadas à intensidade das queixas e insatisfações maternas voltadas diretamente a ele. Nesse contexto, enquanto a mãe ocupava toda a cena que, a princípio era reservada a ele, Pedro ficava no lugar de objeto das insatisfações maternas e sem espaço para aparecer. Entendi que a urgência psíquica da mãe no contexto virtual e minha dificuldade inicial em manejar o *setting* online acabava por obstruir a possibilidade de Pedro aparecer e se encontrar comigo. Senti que a fala da mãe, tão incessante como o choro de Pedro, silenciava as possibilidades de pontuação ou manejo nas sessões. Nos atendimentos presenciais, a organização do *setting* com sala de espera e sala de atendimento distintas facilitava na separação e demarcação dos encontros individuais com a criança e com os pais quando necessário. O *setting* virtual e minha dificuldade inicial com o novo formato de atendimento, nesse caso, dificultou a interdição da onipresença materna nas sessões e me movimentou a propor mudanças na dinâmica dos encontros.

Vale comentar essa dificuldade inicial de manejo do *setting on-line*: a mãe necessariamente estava presente, angustiada e precisando de algum contorno, ao mesmo tempo, era preciso construir um espaço para escutar e fazer laço com Pedro. Me parecia importante, em um primeiro momento, dar algum espaço para a mãe, tomada de angústia, e ajudá-la a nomear ou mesmo arriscar supor, inventar algo sobre as reações e produções de Pedro. O pai voltava tarde do trabalho, o que impossibilitava agendar conversas individuais com a mãe. Ao mesmo tempo, percebi que, nessa dinâmica não estava conseguindo escutar e me aproximar de Pedro. Além disso, essa demanda da mãe direcionada a mim desencadeava angústia na criança – o que não é estranho em uma situação em que ele não tem seu sofrimento nomeado, não consegue ser escutado (nesse caso nem pela mãe e nem pela analista), e ainda escuta a mãe falar a seu respeito, dizendo que não o entende e

que não aguenta mais seu comportamento. Pedro, por exemplo, em dado momento de frustração em um dos atendimentos virtuais, bate no celular dizendo “eu vou bater em você”, e coube a mãe explicar que “a Vivi” estava na casa dela e que o que aparecia ali no celular era sua imagem e voz. Aos poucos, as tentativas de bater na imagem da tela diminuíram.

Catarina afirma não achar normal ele pedir tantas vezes por “mamá” e de maneira incessante – “ele me deixa louca”. Pergunto o que ela supunha a respeito de ele pedir tanto por “mamá” – em minha escuta, pensando na proximidade dos termos “mamá” com “mamãe” e “má! má!” – e ela disse **não fazer ideia**. Pergunto se ela achava que poderia ter relação com o fato de ela estar falando comigo e, antes mesmo de eu terminar a frase, ela afirma prontamente que não, que isso ocorria mesmo quando eles estavam sozinhos em casa: “não é porque estou falando aqui com você, não! Não tem nada a ver! É assim todos os dias! É tipo: tô sem fazer nada, então quero tomar leite”. Tento buscar com ela quais momentos e contextos poderiam causar os pedidos e as crises de angústia, mas parecia difícil supor algo além do diagnóstico nas reações de Pedro – **“não tem contexto nenhum, é do nada, por causa de nada, é o autismo mesmo, doutora”** (sic).

Pensando nas possibilidades existentes naquele momento e como seria a melhor maneira de escutar Pedro e dar algum suporte à Catarina, pedi a ela que me enviasse alguns vídeos de situações do dia a dia do Pedro, do brincar, das interações com ela e o pai, ou de cenas que ela considerasse relevantes, para que eu pudesse observá-los. Uma discussão a respeito dos vídeos será realizada no próximo tópico. Combinei com ela que reservaríamos um momento para que ela me atualizasse a respeito do que estava passando e para pensarmos nos vídeos e situações trazidas e, o horário da sessão do Pedro seria focado em atividades que ele se interessasse, ficando ela responsável pela organização do espaço e manuseio da câmera quando fosse necessário, podendo entrar em cena quando ele a convocasse.

3.6 Vídeos de cenas cotidianas gravados pela família

O primeiro vídeo foi encaminhado com a descrição: “esse vídeo dá pra ver ele com os brinquedos, mas sem brincar direito e depois jogando **sem função**”.

O segundo era intitulado “ele enfileirando carros”; o terceiro, “corrida de obstáculos” e um quarto vídeo sem descrição.

Ao assistir aos vídeos, tivemos uma impressão bastante diferente sobre o Pedro em relação àquela descrita pela mãe. Isso não quer dizer que Pedro não tenha apresentado, antes do início dos atendimentos, sinais de fechamento autístico ou características que se assemelhassem à descrição médica do TEA, nem que ele não apresentasse, atualmente, impasses e questões a serem cuidadas. No entanto, pela impossibilidade dos encontros presenciais, os vídeos entraram como material importante nas entrevistas preliminares.

No primeiro vídeo, Pedro está sentado no chão da sala com dois caminhões de brinquedo e alguns animaizinhos. Pedro coloca um caminhão na frente do outro, distribui os animais nas carretas dos caminhões, enquanto diz: “aqui pessoal, biiiii! Biiii!”. Olha para a mãe e diz: “todo mundo tá aqui! Biii! Biii!”, e faz movimentos com o caminhão. A mãe não responde. Segue em silêncio apenas filmando. Pedro coloca os animais que não couberam no caminhão enfileirados e a mãe começa a perguntar “o que você está fazendo? Por que está enfileirando?”. Pedro continua dizendo “tá todo mundo aqui, biii biii, vamos lá!”. A mãe continua perguntando: “O que você quer fazer? Não estou entendendo!”. Pedro pega então os animais e começa a jogá-los longe, dizendo: “agora vai embora, uou! Uou!”. A mãe, no vídeo, diz então algumas vezes: “Pedro, por que você está jogando eles assim? Vai machucar!”. E Pedro responde, olhando para ela: “vai embora!” e volta a jogar os brinquedos, já aparentando estar bravo. Ao conversar com a mãe sobre o vídeo, peço que ela me diga o que ela vê na cena. Ela afirma que é um **“brincar sem função”**, que ele fica jogando os brinquedos aleatoriamente sem brincar. Ela ainda ressalta que ele enfileirou os animais, o que indicaria um sintoma de autismo. Chama também a atenção à legenda dada ao vídeo – **“sem brincar direito”**. Com relação a isso, Catarina diz **que ele não está “fazendo nada”**.

Perguntei também a respeito do termo “sem função” que foi usado pela mãe com alguma frequência nas sessões. Catarina fez referência ao canal do *YouTube* de uma profissional que ela acompanhava. Entrei no Canal, o qual possui 655 mil inscritos, e encontrei o uso do termo em alguns vídeos, dentre eles um denominado “Como fazer seu filho autista seguir comandos”. No vídeo, a psicóloga explica que as crianças autistas precisam aprender a “falar e brincar com função”, que seria uma fala e um brincar com objetivo, associando um comando a um

significado. No vídeo, há exercícios de como desenvolver com as crianças a habilidade proposta e como ensinar o “brincar funcional”, que, no vídeo, envolve transformar, através de exemplos e repetições, o movimento repetitivo em uma atividade com “sentido”, “com função”. Terpstra et al. (89) pesquisadores da análise do comportamento, definem o brincar funcional como aquele caracterizado pelo uso de objetos adequados à função que dele é esperada e não apenas com fins exploratórios. Segundo esses autores, a criança autista apresenta dificuldade tanto em utilizar os objetos de forma apropriada como também nas brincadeiras simbólicas como as de “faz-de-conta”. Por exemplo: brincar de fazer comidinha com os brinquedos que imitam panelas e não apenas manipular as peças.

Junto aos vídeos, há centenas de comentários de mães agradecendo os conteúdos publicados e enviando inúmeras dúvidas e questões a respeito de como lidar com os filhos. Se, por um lado, os vídeos podem auxiliar na aprendizagem de habilidades e aplacar parte da angústia dos pais em relação ao não-saber envolvido nas interações com os filhos, por outro, **pode acabar por obstruir o exercício das funções materna e paterna**. No caso de Pedro, por exemplo, seu brincar era constantemente avaliado pela mãe. Se a atividade não se enquadrasse exatamente no que a mãe entendeu como adequado ou esperado, imediatamente perdia seu valor e era associado a um déficit. Nessa situação, a criança é colocada na condição de objeto de um método, ao invés de ser elevada à condição de sujeito pela mãe, ou seja, o diagnóstico, em muitos casos, acaba dificultando o olhar de ilusão antecipatória dos pais em relação ao filho. Os dados de comportamento tornam-se muito facilmente associados a signos de uma patologia.

Jerusalinsky (82) denomina de “enrijecimentos metodológicos” os efeitos nocivos que o excesso de técnicas e métodos fixos generalizados podem trazer na relação dos pais no exercício de suas funções parentais. Frente a tantas técnicas e apostas no saber dos especialistas, muitos pais parecem apresentar uma inibição em colocar em cena espontaneamente o seu saber inconsciente a respeito dos filhos, o que não é sem consequência para os pequenos. Tal rigidez metodológica, ao desconsiderar uma leitura do que está acontecendo na vida de cada sujeito, obstrui a possibilidade de interpretações e construções que venham da história familiar daquela criança e inibe o desenvolvimento das operações constituintes. Os dados de comportamento passam a ser associados rapidamente como signos de

determinada incapacidade ou patologia e passa-se a focar no desenvolvimento de habilidades, porém, desconsiderando a condição desejante do sujeito.

No segundo vídeo, Pedro coloca diversos carros enfileirados em cima de um móvel da sala e diz: “um, dois, três!”. Pega o primeiro carrinho da fileira e coloca no final, enquanto parece imitar alguma fala. Catarina interrompe, diz para ele colocar os carros no chão e pergunta: “o que eles estão fazendo aí? Olha aqui para a mamãe! Carrinho se brinca no chão! Hein! Olha pra mim! Pedro, olha aqui! Olha aqui! Coloca no chão para gente brincar!”. Pedro olha, bate forte com o pé no chão, faz cara de bravo e volta a mexer no carro. Catarina eleva o tom da voz e diz: “Aí vai cair e machucar, é no chão que brinca de carro!”. Pedro se mostra irritado, sobe no sofá e parece reagir aos comentários da mãe, que ameaça pegar o chinelo. Pedro responde gritando: “não quero!”. E começa a brincar de pular no sofá. A mãe diz: Eu vou contar até três! (em tom de ameaça) Um, dois...”. Pedro entende que é uma das brincadeiras que costumam fazer e responde: “E já!!!”, não entendendo que se tratava de uma ameaça.

Depois, ele desce do sofá, coloca todos os carros no chão, como a mãe havia pedido, e a mãe o elogia por isso e pede para que ele arrume o porta-retrato que tombou. Pedro atende ao pedido. Catarina propõe então que é hora de guardar os brinquedos e o convoca para isso. Pedro começa a pegar os carros e levar para o quarto, colocando-os no cesto dos brinquedos. Enquanto Pedro leva os carros ao cesto, Catarina o corrige: “não é para jogar!” e pede para que ele coloque o brinquedo do cavalo alinhado aos outros “ajeita ele direitinho, fica melhor ali do que aí, aí não, ali ó! Pedro, olha aqui, estou falando com você”. Ela continua dizendo como se deve guardar e ele começa a ficar nervoso, joga o cavalo no chão e chora, dizendo: “não consegue, não consegue”. Cheio de angústia, Pedro se deita abraçado a um animal de pelúcia. A mãe, nesse momento, responde “consegue sim! Levanta! Ainda tem coisa pra guardar”. Pedro parece ter ficado muito nervoso em não conseguir entender e corresponder ao que a mãe queria. Nesse vídeo, Catarina afirma que Pedro não entende “como se brinca de carrinho” e que não obedece, ficando agressivo quando nervoso. Embora Pedro escute e busque responder aos pedidos, a constante resposta materna com correções e orientações desperta em Pedro um mal-estar. Catarina, por sua vez, não percebe que o filho está brincando e está escutando e seguindo suas orientações, mas à sua maneira e com os recursos possíveis para uma criança de 3 anos e com um histórico de sofrimento precoce. A

mãe se angustia e se preocupa por ver no filho uma criança com o desenvolvimento aquém do que lhe disseram ser o ideal, e o filho se angustia por sentir que não corresponde às expectativas maternas.

No terceiro vídeo, Catarina prepara, no quintal da casa, um circuito de objetos no chão, com a proposta de Pedro atravessá-lo sem pisar em nenhum deles. Pedro parece animado e sorrindo, no início, mas não consegue passar por todos os obstáculos sem encostar nos objetos. Catarina, então, o corrige e o faz voltar cada vez que encosta em algum objeto. Enquanto Pedro tenta atravessar, a mãe diz a todo momento: “devagar! Não pode pisar! De-va-gar! Olha para o chão, Pedro!”.

Conforme a mãe lhe pede que retorne ao começo e comece de novo por ter **“errado” a brincadeira**, Pedro começa a se mostrar irritado e nervoso. Posteriormente, pergunto a respeito dessa brincadeira que ela inventou e ela diz que é uma atividade de terapia ocupacional que aprendeu na *internet*, pois percebe que Pedro não olha para o chão enquanto anda, pisando nos objetos. Ao assistir inicialmente o vídeo, antes de conversar com a mãe, penso que a proposta fora de inventar uma brincadeira, mas isso se transformou em uma tarefa a ser cumprida. Chamou-me muito a atenção o excesso de comandos e correções, o que corrobora posteriormente com a proposta materna de intervir e fazer terapia.

Essa postura de mãe-especialista parece se fazer presente em muitos momentos na relação entre Catarina e Pedro, demonstrando uma dificuldade em valorizar as produções e brincadeiras do filho. A sobreposição do saber do especialista sobre o saber parental parece condicionar a visão dos pais a buscar constantemente elementos que indiquem que a criança age conforme o adequado ou esperado pelos profissionais, enquanto o que a criança está mostrando é destituído de reconhecimento ou valor. No exemplo citado acima, mesmo no momento de brincar, Catarina estava atenta ao que, na atividade, estava conforme o esperado, a partir dos referenciais que ela acessou pela internet, e preocupada em corrigir e aplicar técnicas padronizadas visando “consertar” aquilo que estava “em déficit”. Gutfreind (1) afirma, a partir do referencial teórico da psicanálise Winnicottiana, que **“o verdadeiro alimento psíquico é o brincar pelo brincar, o inútil que constrói espaços potencial, lúdico e útil para a sobrevivência mental de quem consegue realmente cativar sem a utilitária intenção de”**.

Segundo o autor, o brincar da criança é precioso na medida em que, através dele, a criança expressa suas vivências, dificuldades e desejos. O brincar

pode ser considerado uma narrativa, com ou sem palavras, que fala sobre suas vivências, suas dificuldades, conflitos e desejos e que tem como função organizar a experiência do pequeno sujeito. Além disso, o brincar compartilhado, ou seja, com os outros pares, favorece o laço e o prazer compartilhado. Quando o excesso de técnicas e orientações dos especialistas invade a relação dos pais com a criança, corre-se o risco de o brincar e os momentos de trocas prazerosas perderem espaço para atividades e tarefas protocolares, tarefas ou treinamentos para desenvolvimento de habilidades específicas.

3.7 Encontros com Pedro

No primeiro encontro com a família, Pedro estava sentado entre os pais e, logo que me viu na câmera, se aproximou, aparentando curiosidade em olhar quem estava ali. Disse “oi” e perguntei o nome dele. O pai o orientou: “Pedro, fala para ela seu nome e pergunta o dela”. Ele responde e, prontamente, se levanta e sai correndo. Percebo que é muito difícil entender o que ele fala. Em alguns segundos, ele retorna com um brinquedo na mão e puxa a câmera para mostrar: “olha aqui a girafa! Tem a girafa e o elefante!”. Entendo o que ele diz e a mãe me ajuda com as palavras que não ficaram tão claras. Pergunto como se brinca com aquele brinquedo e ele o coloca no chão, empurrando-o de um lado para o outro (o brinquedo tinha um cabo para a criança segurar e empurrar, e o animalzinho tinha rodinhas para rodar no chão). Em seguida, ele vai para o quarto. Ouço alguns barulhos e o pai resolve ir até lá para acompanhá-lo. Tenho a impressão de que Pedro é uma criança atenta e curiosa. Ele percebeu que ali havia uma outra pessoa atrás da tela que ele não conhecia, e então veio observar e mostrar algo que lhe pertencia e de que gostava. Chama a atenção, nesse primeiro momento, a fala um tanto incompreensível.

Em outro momento, Pedro retorna com dois brinquedos, joga na barriga do pai e eu pergunto: “eles estão pulando numa barriga-cama-elástica?”. Pedro diz que sim, pega um deles que caiu no sofá e fala: “caiu! Vou ligar para o médico”. Pega o telefone, fazendo de conta que liga: “alô? Médico? Ele caiu”. Nesse momento, o pai me diz: “ah, essa fala aí ele tá imitando do desenho que ele assiste! Não foi ele que inventou não!”. Esse comentário do pai também apareceu em outras situações em que Pedro interagia comigo e dizia algo. Pedro corre de volta para o quarto e sigo a conversa com os pais.

Durante as primeiras sessões, assim que ligávamos o vídeo, Pedro se mostrava irritado, batia no celular e me dizia “vai embora”. Expliquei para ele que eu estava ali para brincar e ajudá-lo a cuidar do que estava difícil. A presença da mãe era necessária e importante para a manutenção da “sala virtual do consultório” e também para sustentar com Pedro, principalmente no começo e nos momentos de mais angústia, o deslocamento espacial e o simbolismo que a imagem contém. Pedro, por exemplo, muitas vezes se deslocava da sala (onde estava o suporte para o celular) para o quarto e continuava falando comigo. Era preciso que a mãe levasse o celular para o outro cômodo ou explicasse para Pedro que ele precisava retornar para lá para que eu pudesse vê-lo e escutá-lo. Outro exemplo envolveu as entrevistas mais iniciais, nas quais Pedro ficou bravo comigo e empurrou o celular: “Pedro, não pode bater no celular. Você está vendo a imagem da Vivi na tela e escutando-a através do celular, mas ela está falando lá da casa dela”. A mãe teve função importante e pôde sustentar para Pedro a possibilidade dos atendimentos em formato remoto, nomeando e organizando o espaço. Embora através da tela, Pedro desde o início pôde me identificar como um outro, um terceiro que, em um clique, se presentificava na casa dele, e rapidamente entendeu a dinâmica dos encontros e o funcionamento do espaço possível para os atendimentos.

Em pouco tempo, ele não se irritava mais com a minha presença e, assim como ele se apresentou na primeira entrevista, parecia animado ao me ver, passando a buscar no quarto brinquedos para me mostrar. Os primeiros encontros eram curtos e minha preocupação era a de estabelecer algum laço com ele. Me questionava com frequência o que seria possível nos atendimentos de uma criança pequena no *setting online*. O brincar não era como de costume no consultório, com o corpo, tato, cheiro, com brinquedos e materiais gráficos que favoreciam as interações e encontros. O lúdico, ainda que com brinquedos ou objetos, teria de ser inventado e intermediado com maior dimensão pela imagem (tela) e por meio da palavra.

A primeira brincadeira que Pedro topou comigo, após algumas tentativas, foi a de um aviãozinho (minha garrafinha de água) que “subia subia subia” e no “já!” caía. Ele, com a garrafinha dele, tentava imitar os movimentos que eu fazia e dava risada quando a garrafa-avião caía. Na semana seguinte, ele perguntou pela minha garrafa. Pego a garrafa e Pedro se levanta e corre para pedir a sua para a mãe, mas, por alguma razão, não tinha mais a mesma garrafinha por lá. A mãe oferece outra,

com o desenho do Mickey. Pedro começa a chorar e fica bastante angustiado. A mãe fica nervosa junto a ele e afirma “olha lá, começou...”. Pego uma garrafa diferente que tinha aqui em casa, mostro pra Pedro e digo: hoje a brincadeira só vale com uma garrafinha diferente! Você tem alguma outra aí?”. Pedro se acalma e estica a mão solicitando que a mãe pegasse a garrafinha do Mickey, que estava com suco. Pergunto: “hum, o que tem aí?”. Pedro estica a garrafa na direção da câmera, como se me oferecesse o suco. Finjo que tomo e pergunto do que é o suco. Ele responde: é do Mickey. Sigo: Mas e o sabor? É de laranja? Pedro “Aham”. Nesse momento Catarina diz: “não é laranja, filho”. “Vermelho?”, responde. Catarina explica impaciente: “A garrafinha é vermelha. Ela está perguntando o sabor, não a cor. Pedro aponta para a tampa (verde) – “verde?”. Catarina pega o celular e começa a falar: “você está vendo? Ele não entende as perguntas que formulamos para ele e parece que só concorda com o que os outros perguntam, sem saber o que está sendo perguntado. Ele não entende o que a gente fala com ele”. Pedro fica nervoso e começa a chorar sem parar novamente.

Nesse fragmento do brincar de faz-de-conta com a garrafinha, Pedro se apresentou animado e aberto para o laço. Pôde ter um momento de prazer compartilhado na brincadeira e, na semana seguinte, o fato de não encontrar a garrafinha que procurava para repetir aquela brincadeira prazerosa o deixou muito irritado e frustrado. Foi possível a Pedro, ainda assim, após minha proposta de “uma nova regra” (ser uma garrafinha diferente), deslocar da ideia que tinha inicialmente (a mesma garrafinha da semana anterior) e topar a nova configuração para o jogo. Em seguida, há um diálogo em que Pedro toma a palavra laranja com um sentido diferente do que a mãe (um falava de cor, o outro de sabor), produzindo um outro sentido à cena, ou seja, houve, na situação, uma não coincidência entre a fala da mãe e a fala da criança, graças ao caráter equívoco dos significantes, fenômeno indissociável da experiência de todos que habitam a linguagem (90). A mãe nessas duas situações – provavelmente muito cansada e em sofrimento devido às dificuldades na relação com o filho, assim que percebe a frustração do filho na primeira cena, se irrita com a resposta e diz “olha lá, começou...” e, na segunda cena, após o mal-entendido causado pela linguagem no diálogo, afirma insatisfeita: “ele não entende o que a gente fala”. O que Catarina provavelmente gostaria era que Pedro apresentasse os comportamentos desejados e talvez idealizados – a criança “bem-comportada”, obediente, compreensiva e, frente a tantas informações e

orientações que consome a respeito do quadro diagnóstico do autismo, facilmente enquadra o que não é esperado no comportamento do filho como déficit, atraso ou inadequação.

Em um dado momento, após conversar em supervisão sobre a dificuldade e estranheza que me causavam os atendimentos *online*, passo a entender minha própria resistência e dificuldade naquele novo *setting* e decido comprar alguns brinquedos para os atendimentos. A angústia e as mudanças impostas pela pandemia permeavam todos os envolvidos.

Escolho comprar alguns carrinhos e dinossauros. Assim que mostrei os dinossauros para Pedro, ele correu para outro cômodo e buscou um dinossauro que tinha em sua casa. Comecei a imitar a voz do dinossauro, dizendo: “oi, quem é você?”. Pedro olhou para a mãe, sorrindo, como se procurasse saber se ela estava atenta ao novo encontro e responde: “eu vou jogar fogo em você”, imitando uma boca aberta com fogo. Em resposta, eu fazia então o dinossauro correr do fogo e retirava o dinossauro da câmera e Pedro dava risada.

A brincadeira do dinossauro repetiu-se inúmeras vezes. Em alguns momentos, chamava a mãe: “olha!”. O fogo era jogado e impedia que qualquer comunicação acontecesse entre os personagens. A graça era o dinossauro tentar falar, tentar aparecer, num entra e sai na câmera procurando brechas em que não fosse queimado. Por vezes, o dinossauro era queimado e eu chamava os bombeiros. Pedro ria e indicava que o fogo novamente o acertava e aguardava ansiosamente a saída e o retorno do dinossauro na cena. Ali houve encontro, espaço para brincar de destruir e reaparecer e repetir o quanto fosse necessário. Pedro brincava e, portanto, **narrava seus dramas**. Ao analisar essa cena do dinossauro, pensei na relação de Pedro com seus pais: em inúmeras situações, Pedro não tinha suas produções reconhecidas e legitimadas pelos pais. Havia uma constante afirmação de insuficiência de Pedro frente ao que eles imaginavam certo ou ideal nos comportamentos do filho, nas suas falas e no seu brincar. Metaforicamente, Pedro, ao tentar aparecer, era “queimado” pelo excesso de saber imaginário da mãe a seu respeito, encontrando poucas possibilidades de se deslocar desse lugar e mudar de posição. Na brincadeira, Pedro era o dinossauro ativo, que não deixava o outro dinossauro falar e o queimava assim que ele aparecia, caindo na gargalhada em seguida. Ao se colocar na posição ativa no brincar, Pedro pôde transformar uma experiência difícil, marcada pelo desprazer, numa experiência de prazer. O brincar

para a criança, para além de lúdico, envolve um trabalho psíquico de elaboração e ordenação de seu mundo interno (91)

Após muito brincar com os dinossauros, Pedro arriscava trazer outros elementos para o encontro. Mostrou algumas vezes o livro da Chapeuzinho Vermelho, virando as páginas e brincando de contar a história. Eu não entendia muito bem o que ele dizia, mas me mostrava atenta e surpresa conforme a entonação de sua voz e olhares. Pedro muitas vezes olhava para alguma imagem do livro e dirigia o olhar à sua mãe, parecendo observar se ela estava também atenta. Apesar de atento a ela, ele estava envolvido na atividade comigo. Ele trouxe também o livro dos Três porquinhos e, a partir de então, brincamos de montar o cenário da história. Inventei uma casinha com uma caixa e disse a ele que era a casa do porquinho. Pedro olhou atento, pareceu procurar na tela alguma coisa e depois de um tempo, perguntou: “e a dos outros porquinhos?”. Montei mais duas casinhas e ele também montou na casa dele. Com as casinhas montadas, ele conta a história dos porquinhos, ficando atento se eu derrubo a casinha na hora que ele descreve que o lobo “soprou e soprou”.

Durante a semana, entre os atendimentos, Pedro passou a pegar o celular da mãe escondido e me ligar por vídeo no WhatsApp. Na primeira vez, atendi, pensando que era Catarina me ligando por alguma urgência. Ao atender, vi Pedro escondido em um cantinho da casa, dando risada.

Em todos os fragmentos descritos, chama a atenção a disponibilidade relacional de Pedro e seus movimentos ativos em convocar o outro para o brincar. No narrar a história dos porquinhos, Pedro estava animado, reconhecendo a história e atento à construção do cenário e enredo da brincadeira, em um contar e criar compartilhado. Mostrou-se capaz de concentrar-se e entreter-se durante o desenrolar do brincar, demandando a participação da terapeuta e buscando o olhar da mãe em alguns momentos, como quando achava alguma parte da história engraçada. Fora da sessão, para me ligar, entende que não era o horário oficial dos encontros e que a mãe não iria aprovar a chamada, pega o celular da mãe, se esconde e consegue sozinho ligar para o meu número em chamada de vídeo. Pedro pôde não só se apropriar da regra como pôde pensar numa estratégia de me contatar sem ser visto pela mãe. Nessa situação ele pode “fazer arte”, ou seja, para realizar uma vontade, autorizou-se a colocar à prova uma regra imposta pela mãe. Esse processo exige um desenvolvimento considerável da criança. Todos esses

elementos são contrários às características de um quadro de autismo que, na perspectiva em que trabalhamos, se caracteriza pela exclusão do Outro de seu circuito pulsional e, como consequência, gera dificuldade no laço com os outros, ausência de produções imaginárias e do faz de conta no brincar, a presença de automatismos, a manipulação puramente mecânica dos objetos, entre outros.

O processo de avaliação do caso clínico discutido durou 4 meses, e os atendimentos se encerraram com o término do meu período no Programa de Treinamento em Serviço. Contudo, após a minha saída, Pedro foi encaminhado aos cuidados de outra profissional, que ocupou a minha vaga no Programa e deu continuidade ao acompanhamento clínico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso de Pedro despertou a atenção pelo aparente descompasso entre a descrição dos pais e as observações realizadas pela terapeuta. Percebeu-se, no discurso dos pais, um empobrecimento de uma narrativa familiar e uma fala, principalmente da mãe, bastante carregada de linguagem técnica e termos descritivos, emprestados das categorizações diagnósticas. Pareceu-nos haver uma cristalização do diagnóstico na leitura desses pais em relação ao filho e uma consequente dificuldade em reconhecer e ler seus atos e brincadeiras como produções legítimas. A partir dessas observações, esta pesquisa objetivou discutir as possíveis repercussões das nomeações diagnósticas sobre a capacidade narrativa dos pais de crianças pequenas com sinais de sofrimento psíquico. **Para isso, buscou-se articular estudos e saberes atuais da clínica psicanalítica da primeiríssima infância ao contexto cultural em que vivemos.** A aparente sobreposição do saber dos especialistas sobre o saber parental nos fez indagar a respeito das consequências no processo de constituição dos pequenos sujeitos, uma vez que esse se produz no laço com os cuidadores primordiais e depende de uma nomeação simbólica, que se efetua desde o desejo não anônimo daqueles que exercem as funções parentais. Pode-se concluir que a nomeação diagnóstica quando sobrepõe a nomeação simbólica, que se efetua a partir dos significantes familiares, afeta o laço dos pais com seus filhos e, consequentemente, o exercício das funções parentais, fundamentais para o processo constitutivo dos pequenos sujeitos.

Embora Pedro carregue o diagnóstico psiquiátrico de autismo e tenha apresentado, em momento anterior, pelo que a mãe nos conta, sinais característicos do quadro, o menino que se mostrou nos atendimentos *online* e nos vídeos familiares parece ser bastante diferente, com mais recursos e possibilidades de laço com o Outro, mas com um atraso significativo da fala e uma agitação motora intensa, referente possivelmente a um sofrimento psíquico.

Pedro, mesmo no formato *online* de atendimento, percebeu que ali na tela havia uma outra pessoa que ainda não o conhecia. Aproximou-se de forma que pudesse aparecer no vídeo, seguiu a sugestão do pai em se apresentar e, espontaneamente, buscou seus brinquedos para mostrar à terapeuta, parecendo ter uma abertura importante para a interação social. Ao brincar com os animaizinhos na

barriga do pai, Pedro mostra o que pareceu ser um ensaiar do brincar simbólico ao fazer a cena de um animal que cai da “cama elástica”, se machuca e finge fazer uma ligação telefônica chamando o médico. No vídeo, se mostra aberto e interessado no laço com a terapeuta, propõe brincadeiras e, enquanto as executa, busca o olhar da mãe. Os pais afirmam, em diversos momentos, que as falas produzidas pelo filho são repetidas e copiadas de um desenho, e as brincadeiras, em geral, são interpretadas como “disfuncionais”, ou seja, diferente do esperado ou adequado, apontando para uma não validação das produções do filho. Nos vídeos que a mãe envia, também se observa um ensaiar do brincar simbólico, uma apreensão de Pedro do que está acontecendo em cada situação e do que lhe é solicitado, interesse e atitude em convocar o terapeuta para brincar, fazendo-nos pensar que ele está inserido na linguagem e discurso, mas apresentando um atraso significativo na fala.

O conjunto de observações e impressões iniciais do caso foi feito a partir da escuta e prática da clínica psicanalítica. Dessa forma, pensar o diagnóstico e os rumos dos atendimentos para essa criança e família passou pela escuta do singular, do caso a caso, e não orientado e referido a partir das classificações e enquadramentos diagnósticos, que seguem uma proposta avessa à da psicanálise. Isso não quer dizer que o analista que recebe uma criança com diagnóstico vá desconsiderá-lo, pelo contrário. Ele buscará escutar quais os sentidos atribuídos ao significante “diagnóstico x” e como este atravessa cada sujeito e família, assim como faz com tantos outros significantes – “mal-comportado”, “mimado”, “bonzinho”, “teimoso”, “autista”.

Por se tratar de uma criança pequena, as operações de causação do sujeito – alienação e separação – que estão em jogo nessa idade, são pontos de referência importantes para a discussão. Como aposta terapêutica, pensamos que ajudar os pais a exercer as funções materna e paterna que engendram as engrenagens dessas operações torna-se fundamental, em se tratando do atendimento de uma criança pequena, assim como oferecer um espaço para que Pedro possa brincar, fantasiar e sonhar de maneira mais livre.

Pedro, atualmente, parece não apresentar mais impasses característicos do processo de alienação e consequente entrada na linguagem. Chama mais a atenção possíveis entraves ligados à operação de separação. Os pais permaneceram capturados pelo discurso do déficit e do diagnóstico totalitário, sem conseguir investir no reconhecimento desse filho como um sujeito, inscrito numa

tradição familiar, como fica bem elucidado nessa fala do pai: “Por enquanto ele não faz nada... Como ele foi diagnosticado com isso, como posso dizer... eu não consigo ver nada pra investir, ele não entende as coisas como eu gostaria que ele entendesse... do jeito que uma criança normal da idade dele entende... eu tô esperando ele amadurecer, ver se daqui uns anos ele se desenvolve e aí sim poder enxergar ele como um fruto de alguma coisa que eu possa investir... nesse momento, não vejo nada”.

Fica claro que Pedro apresenta um atraso, principalmente no que diz respeito à fala e às produções simbólicas, no entanto, cabe lembrar que esse menino, até próximo aos dois anos, não falava nenhuma palavra, não atendia quando chamado e não se aproximava das outras crianças, nos fazendo pensar na constituição mais tardia das operações constituintes.

Gutfreind (28) defende que poder narrar — e tudo aquilo que envolve uma narrativa — é o que garante saúde aos humanos. Para ele, o trabalho analítico envolve enlaçar o analisando no desejo de narrar e saber — incluindo as crianças, que contam sobre si pelo brincar. Sem rivalizar com a genética, com a epidemiologia e com a psiquiatria, o autor aposta na abertura que o ser humano tem para os encontros, para as diferentes vias que colaboram para a sua constituição. Como seres constituídos e atravessados pela linguagem, aposta-se no ser humano polissêmico. O tecido dos sujeitos é de linguagem, de relatos e afetos e, por isso, afirma: “todo gene e diagnóstico terá de se a ver com a obra aberta que também somos”.

Para os efeitos de filiação e, portanto, de constituição psíquica dos sujeitos, pensamos ser essencial que haja o oferecimento de um espaço narrativo para as famílias das crianças que apresentem sinais de sofrimento psíquico e/ou atrasos no desenvolvimento. O narrar com as palavras para àqueles que já se apropriaram dele e o narrar pelo brincar. O falar sobre si, sobre a família e sobre o filho, sobre os pais, abre espaço para que as significações e ressignificações próprias dos sujeitos circulem e não fiquem centradas em significações externas e não familiares. Para Benjamin (33), a narração é um fazer que convoca aquilo que há de mais íntimo e singular no sujeito: sua história.

As pequenas crianças dependem daqueles que cuidam delas para a garantia de um “espaço suficientemente narrativo” (53) e, por essa razão, consideramos que atender as crianças envolve também escutar seus pais. A forma e o conteúdo como

os pais representam os filhos está intimamente ligada à história desses pais junto aos seus próprios pais. Os conflitos, elementos não ditos ou mal-ditos entram em jogo nas trocas entre pais e filhos e, nesses casos, um analista pode abrir espaço para o circular da história e dos encontros. Oferecer uma boa escuta aos pais, devolver (ou criar) a confiança de seus saberes parentais e plantar interrogações no que se refere à interpretação que eles dão aos sintomas dos filhos, a partir da própria história familiar, parece ser mais nutritivo do que conselhos, nomes vazios e certezas. Nessa perspectiva, consideramos o *setting* analítico como um campo privilegiado e de resistência ao fim das narrativas, na contramão da comunicação prático-instrumental, avessa à efemeridade e à pressa contemporânea. Um espaço que sustenta e privilegia os encontros e a possibilidade de contar uma história.

Defendemos ser de grande valia que os profissionais do campo da saúde possam fazer laço com o pequeno sujeito que chega às instituições ou consultórios, buscando estabelecer um vínculo afetivo que o acolha em sua particularidade para além de qualquer rótulo diagnóstico. Cabe também, principalmente àqueles que são atravessados pela teoria psicanalítica em seu trabalho, tratar os termos diagnósticos trazidos pelo discurso da família como mais um significante e investigar o que ele representa e seu encadeamento na rede significante familiar. Deve-se ter sensibilidade para notar as produções e singularidades de cada criança, muitas vezes desconsideradas e despercebidas, ou mesmo “inventá-las” com o pequeno sujeito e a família, assim como propõe Winnicott (7), com seu conceito de “loucura necessária”. Como afirma Kupfer (92) a respeito da intervenção com crianças: “tratar é recuperar o sentido das produções da criança, é reconstruir ou construir o percurso do sujeito, é buscar recuperar o saber inconsciente dos pais”.

Concordamos com Golse (86), quando ele afirma que a narrativa e a psicanálise têm em comum o objetivo principal de gerar subjetividade e, nesse sentido, propomos que, através do fomento das narrativas familiares, possa-se apostar que as “convocatórias desejantes” sobreponham-se às “convocatórias medicalizantes” (73,74), já que, como vimos, a suposição simbólica do sujeito é o que possibilita sua emergência como tal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutfreind C. Narrar, Ser Mãe, Ser Pai e outros ensaios sobre a parentalidade. Vol. 2. Rio de Janeiro: DIFEL; 2010. 256 p.
2. Peress ADZ, Araujo GX. É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística. In: É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística. Salvador: Ágalma; 2018. p. 292.
3. Lacan J. O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2nd ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.
4. Kamers M, Baratto G. O discurso parental e sua relação com a inscrição da criança no universo simbólico dos pais. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2004 Sep;24(3):40–7.
5. Cairoli P. A Criança e o Brincar na Contemporaneidade. *Revista de Psicologia da IMED [Internet]*. 2010 Jun 30;2(1):340–8. Available from: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/45>
6. Laznik MC, Wanderley D de B. Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: Wanderley D de B, editor. *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma; 1999. p. 129–40.
7. Winnicott DW. Preocupação Materna Primária. In: Francisco Alves, editor. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro; 1978. p. 491–8.
8. Freud S. Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos [1914-1916]. In: *Obras Completas V12*. São Paulo: Companhia das letras; 2010.
9. Faria MR. A Criança e o Complexo de Édipo – do Universal Teórico ao Particular da Clínica. Universidade de São Paulo ; 2002.
10. Jacques L. Nota sobre a criança. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 369–70.
11. Ramalho RM. Função materna na constituição do sujeito. In: *Escritos Psicanalíticos II*. Porto Alegre: Centro de Trabalho em Psicanálise; 1989.
12. Catão I, Vivès JM. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. *Estudos de Psicanálise [Internet]*. 2011 [cited 2020 Mar 24];(36):83–92. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
13. Fernald A, Simon T. Expanded Intonation Contours in Mothers' Speech to Newborns. Vol. 20, *Developmental Psychology*. 1984.
14. Jerusalinsky J. A criação da criança:brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê. Salvador, BA: Ágalma; 2011.
15. Laznik MC. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Estilos da Clínica*. 2000 Jan 1;5(8):80.
16. Crespín G. A Apetência Simbólica do Recém Nascido . Vol. 1. Porto Alegre: Ninar - Núcleo de Estudos Psicanalíticos ; 2022.
17. Laznik MC. A voz da sereia. O autismo e os impasses da constituição do sujeito. Salvador: Ágalma; 2013.
18. Wanderley D de B. Psicanálise e autismo à luz das novas pesquisas em neurociências. In: *Aventuras psicanalíticas com crianças autistas e seus pais*. Salvador: Ágalma; 2013. p. 123–41.
19. Jerusalinsky J. Enquanto o futuro não vem: A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. *Calças cur*. Teixeira M do R, editor. Salvador, BA: Ágalma; 2002. 168 p.
20. Crespín G. A clínica precoce: o nascimento do humano. Casa do Psicólogo; 2004.

21. Faria MR. Função paterna e função materna. In: Gênero. Belo Horizonte: Autêntica; 2020. p. 25–31.
22. Jerusalinsky J. A especificidade do bebê e os tempos do sujeito. In: O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica. 1st ed. Belo Horizonte: Artesã; 2018.
23. Bernardino L. A concepção lacaniana de sujeito. In: Laço. Autêntica; 2020. p. 27–35.
24. Rosenberg AM. O lugar dos pais na psicanálise de crianças. São Paulo: Escuta; 2002.
25. Lavrador M. Não é mais um bebê? Impasses na clínica psicanalítica com crianças pequenas. [São Paulo]: Universidade de São Paulo ; 2021.
26. Teperman D. Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo. São Paulo: Casa do Psicólogo ; 2005.
27. Parlato E. O bebê e as tramas da linguagem . Oliveira S, editor. Vol. 2. São Paulo: Instituto Langage; 2022.
28. Gutfreind C. Mais relato, menos metapsicologia. Porto Alegre: Artes & Ecos; 2020 p.
29. Junges M. Walter Benjamin e o império do instante. Revista do Instituto Humanitas Unisinos [Internet]. 2009 Nov 3 [cited 2020 Jul 26];313. Available from: <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/2909-jose-antonio-zamora-1>
30. Dunker C. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. In: Mal-estar, sofrimento e sintoma. 1st ed. São Paulo: Boi Tempo; 2015.
31. Montes F. A psicanálise hoje: produção de novas subjetividades? Cadernos de Psicanálise [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Aug 1]; Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
32. Benjamin W. O Narrador. In: Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. 8th ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 2012.
33. Benjamin W. Magia e Técnica, Arte e Política: Ensaio Sobre Literatura e História da Cultura. 8th ed. São Paulo: Brasiliense; 2012.
34. Gagnebin JM. História e Narração em Walter Benjamin. São Paulo: Perspectiva; 2017.
35. Moraes D. O sujeito à deriva: um olhar psicanalítico sobre a perda da narrativa na cultura organizacional contemporânea. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2015.
36. Kristeva J. As novas doenças da alma. Rio de Janeiro: Rocco; 2002. 14 p.
37. Tfouni L, Martha D, Monte-Serrat D. Narrar para narrar-se: entre o livro e a sabedoria, a autoria. Memorandum 28. 2015;132–44.
38. Cairolí P. A Criança e o Brincar na Contemporaneidade. Revista de Psicologia da IMED [Internet]. 2010 Jun 30;2(1):340–8. Available from: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/45>
39. Lacan J. O estádio do espelho como formador da função do Eu. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 96–103.
40. Guedeney N. Vinculação: Conceitos e Aplicações. 1ª. Climepsi, editor. Lisboa; 2004.
41. Dolto F. Seminário de Psicanálise de Crianças. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.
42. Dolto F. La cause des enfants. Paris: Robert Laffont; 1985.
43. Dolto F. A imagem inconsciente do corpo. 3rd ed. São Paulo: Perspectiva; 2019.
44. Dolto F. Tudo é linguagem. 2nd ed. São Paulo: Martins Fontes; 2018.
45. Bonança R. O estatuto da palavra na estruturação do sujeito. Universidade Estadual de Campinas; 2012.
46. Plein F. Sobre Linguagem e Estrutura na Clínica Psicanalítica da Infância. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul ; 2003.
47. Costa T. Psicanálise com crianças. 2007th ed. Jorge Zahar; 2007.

48. Jerusalinsky J. Até quando esperar? da “conduta expectante” ao fechamento do diagnóstico de autismo. In: *É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística*. Salvador: Ágalma; 2018. p. 90–105.
49. Kamers M. Os riscos da nomeação diagnóstica e o uso de psicofármacos na infância. In: *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando e brincadeira fica sem graça*. Salvador: Ágalma; 2020.
50. Azevedo MM de P, Nicolau RF. Autismo: um modo de apresentação do sujeito na estrutura de linguagem. *Estilos da Clínica* [Internet]. 2017 Jul 12 [cited 2019 Oct 2];22(1):12. Available from: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/118460>
51. Vorcaro A. O Efeito Bumerang da Classificação Patológica da Infância. In: *Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea*. São Paulo: Via Lettera; 2011. p. 219–30.
52. Bernardino L. A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. *Estilos da Clínica*. 2007;12:48–67.
53. Gutfreind C. *A nova infância em análise*. Porto Alegre: Artmed; 2021.
54. Jerusalinsky J. Qual é o lugar para os pequenos na rede SUS? *Estadão*. 2016;
55. Catão I, Vorcaro A, Couto D, Pimentel F, Filho F, Carli F, et al. *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça*.
56. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
57. Martins KPH, Rolim RAB, Simão GM, Junior PAP. Un coup de maître: Enfants et parents face au diagnostic psychiatrique. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2020 Aug 19];20(2):278–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n2p278.5>
58. Silva KC. A exacerbação do papel do especialista na educação brasileira: um percurso histórico. *REVISTA ANGELUS NOVUS* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 18]; Available from: <http://www.revistas.usp.br/ran/article/view/88835/91709>
59. Bocchi JC. A psicopatologização da vida contemporânea: quem faz os diagnósticos? *Doxa: Revista Brasileira de Psicologia e Educação*. 2018 Jun 16;20(1):97–109.
60. Faria ME. *Autismo: Da Deficiência Cognitiva e Intelectual à Singularidade da Decisão de Ser*. [São João del-Rei]: Universidade Federal de São João del Rei ; 2017.
61. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS; 2003.
62. Coutinho C. Quantitativo versus qualitativo: questões paradigmáticas na pesquisa em avaliação. In: *Colóquio da ADMEE-Europa*. Lisboa; 2004. p. 437–48.
63. Turato ER. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. *Revista Portuguesa Psicossomática*. 2000 Jan;2:93–108.
64. Turato E. *Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes E, editor. Petrópolis, RJ; 2013.
65. Nasio JD. O que é um caso? In: Zahar, editor. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro; 2001.
66. Silva DQ da. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise* [Internet]. 2013 Jul [cited 2020 Aug 10]; Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000100004
67. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA de, Rocha A dos S, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2020 Oct 6];25(supl 1):2423–46. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&tlng=pt
68. Jerusalinsky J. Ser bebê, criança e adolescente na pandemia. *Revista Crianças*. 2020;
 69. Filgueiras A, Stults-Kolehmainen M. The relationship between behavioural and psychosocial factors among brazilians in quarantine due to covid-19. *The Lancet*. Rio de Janeiro; 2020.
 70. Fonseca MC. Psicanálise online com crianças – uma prática em construção. *Reverso*. 2020;80:47–54.
 71. Rosi F. A invenção na clínica psicanalítica com crianças em tempos de pandemia. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacanian*. 2021;80–92.
 72. Hoff F. Psicanálise On-line. É possível com as crianças? *Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*. 2020;
 73. Travaglia AA. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. *Psicologia Revista*. 2014;31–49.
 74. Coriat E. Os negros efeitos do DSV-IV. In: *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera; 2011. p. 165–74.
 75. Vizotto LP, Ferrazza D de A. Childhood in the hotseat: On diagnostic labeling and the trivialized practice of psychotropic prescriptions. *Estudos de Psicologia (Natal)* [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 Oct 16];22(2):214–24. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 76. Pande MNR, Amarante PD de C, Baptista TW de F. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2020 Oct 16];25(6):2305–14. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-3445-2027>
 77. Neto SG, Brunoni D, Cysneiros R. Abordagem psicofarmacológica no transtorno do espectro autista: uma revisão narrativa. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 19];19(2):38–60. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/issue/archive>
 78. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, et al. Risperidone in Children with Autism and Serious Behavioral Problems. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2002 Aug 1 [cited 2020 Oct 17];347(5):314–21. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa013171>
 79. Teixeira PJR, Rocha FL. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 17];28(2):186–96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 80. Lima RC, Cristina M, Couto V. PERCEPÇÕES SOBRE O AUTISMO E EXPERIÊNCIAS DE SOBRECARGA NO CUIDADO COTIDIANO: ESTUDO COM FAMILIARES DE CAPSI DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2020 Apr 16;12:217–44. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/348170676>
 81. Ribeiro T. Descaminhos em busca do diagnóstico do transtorno do espectro autista no sistema de saúde. [Santo Antônio de Jesus]: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA; 2021.
 82. Jerusalinsky J. A detecção de risco psíquico em bebês e as políticas públicas de prevenção na infância [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=K6vIL9LEi50&t=3234s>

83. Mattos C. Mamãe filha da ciência; mãe filha de um desejo. *Revista Curinga*. 2015;133–44.
84. Carvalho S. *A Psicanálise e o Discurso da Ciência*. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2011.
85. Marcos C, Hallak B. Maternidades contemporâneas: Você segue quem? . In: *Tecnologias e Processo de Subjetivação*. Belo Horizonte: Puc Minas; 2022. p. 259–81.
86. Golse B. O que nós aprendemos com os bebês? Psicólogo C do, editor. *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o próximo milênio*.
87. Oliveira L. A transferência no trabalho com os pais na instituição . *Estilos da Clínica* . 1996;34–45.
88. Elia L, Santos KW. Bem-dizer uma experiência. In: *Psicanálise Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2005. p. 107–28.
89. Terpstra JE, Higgins K, Pierce T. Can I Play? *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2002 May 14;17(2):119–27.
90. Carvalho G. Levantamento de questões sobre a noção de partilha no campo da aquisição de linguagem. *Revista do GELNE [Internet]*. 2004 [cited 2023 Apr 17];57–67. Available from: <https://sumarios.org/instituicao/universidade-federal-do-rio-grande-de-norte>
91. Souza T. A criança, a palavra e o brincar: um enlaçamento clínico. *Estilos da Clínica*. 2021;26:99–114.
92. Kupfer MC. Educação terapêutica para crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento: uma alternativa à medicalização da educação. In: *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera; 2011. p. 141–50.