

A RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE COMO ESTRATÉGIA CLÍNICA PARA O ADVENTO DO SUJEITO

[\[ver artigo online\]](#)

Raquel Tavares Paiva¹

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo demonstrar a relevância da Intervenção Precoce como estratégia clínica para o advento do sujeito, através de um viés psicanalítico. Analisamos escritos psicanalíticos sobre este tema. A metodologia adotada foi de pesquisa bibliográfica, visando explorar bem o tema através de autores que são referenciais para o mesmo. O material utilizado para pesquisa foi em sua maioria livros, mas também foram utilizados artigos, todos eles já publicados. O intuito de realizar este estudo remete a um objetivo pessoal de demonstrar que a constituição de um sujeito não se dá de forma natural, como muito se pensa, mas trata-se de um investimento psíquico daqueles que cuidam do bebê, desde os tempos primórdios de seu nascimento, e até mesmo antes dele. Conclui-se que onde não há esse investimento psíquico no bebê, é necessária uma intervenção que visa à constituição daquele sujeito, caso contrário sua constituição estará em risco.

Palavras-chave: constituição psíquica, advento do sujeito, função materna, intervenção precoce.

THE RELEVANCE OF EARLY INTERVENTION AS A CLINICAL STRATEGY FOR THE SUBJECT'S ADVENT

ABSTRACT

This work aims to demonstrate the relevance of Early Intervention as a clinical strategy for the advent of the subject, through a psychoanalytic bias. We analyze psychoanalytic writings on this topic. The methodology adopted was bibliographic research, aiming to explore the topic well through authors who are references for the same. The material used for the research was mostly books, but articles were also used, all of them already published. The purpose of carrying out this study refers to a personal objective of demonstrating that the constitution of a subject does not occur naturally, as is often thought, but it is a psychic investment of those who take care of the baby, since the beginnings of childhood. his birth, and even before him. It is concluded that where there is no such psychic investment in the baby, an intervention is necessary that aims at the constitution of that subject, otherwise its constitution will be at risk.

Keywords: psychic constitution, advent of the subject, maternal function, early intervention.

¹ Ocupação/formação, Psicóloga/ Especialista em Psicanálise com crianças e intervenção precoce pela Universidade Cândido Mendes e especialista em Neuropsicologia. Raquel_msj@yajoo.com.br



INTRODUÇÃO

O que se espera de uma criança, aos olhos do senso comum, é vê-la brincando, sorrindo ou chorando, expressando seus sentimentos, suas vontades ou até mesmo suas chateações. Dizemos que a criança é muito ‘transparente’, ou seja, não é difícil perceber como ela se encontra. Se ela ainda não fala, basta que olhemos suas expressões...

Mas, quando olhamos para essas ditas ‘expressões’, não nos damos conta de todo o processo que precisa acontecer para que ele venha a se constituir como sujeito. Apenas tomamos que existe um processo que está dado, que é natural, que vai necessariamente acontecer, sem qualquer tipo de interferência e/ou intercorrência.

No entanto, por vezes, nos deparamos com ‘crianças diferentes’ das que imaginariamente esperávamos encontrar. Crianças que não conseguem expressar suas vontades e seus sentimentos e, com isso, nos questionamos sobre o quê poderia ter acontecido com elas, as acometido.

Foi com essas crianças que me deparei quando iniciei meu estágio na Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), em setembro de 2013. E, desde então, passei e me indagar sobre o processo de constituição de um sujeito. Afinal, seria mesmo o processo de constituição tão natural como imaginava? Como ele se dá?

A AFR é uma instituição filantrópica de reabilitação que recebe pessoas com necessidades especiais. Sua clientela é composta desde crianças e adultos que têm algum tipo de comprometimento motor, sequelas de doenças, até síndromes genéticas diversas e raras, com alto poder incapacitante.

A questão surgiu quando comecei a atender essas crianças e, paulatinamente, fui me dando conta de como as questões orgânicas e genéticas comprometiam as suas vidas. Pude perceber o quanto, muitas vezes, era difícil até identifica-las como sujeitos de desejo.

Os diagnósticos médicos pouco ajudavam a dizer algo relevante sobre aqueles que se apresentavam à minha frente. Propiciavam, ainda, ‘rotulações’ e grandes impactos em seus pais. Consequentemente, efeitos diversos na vida desses com seus filhos. Mas, como poderíamos intervir naquilo que estava genética e organicamente determinado? Que tipo de trabalho se fazia possível? O que seria a chamada “intervenção precoce” e qual seria a função do profissional psi na clínica com essas crianças?

Tomada por essas questões que advieram do estágio em clínica, que tem como

estratégia a intervenção precoce, esse trabalho de conclusão de curso tem como objetivo apostar na intervenção precoce como estratégia clínica capaz de fazer operar, como uma suplência, a função materna, entendendo que a constituição de um sujeito se articula a essa determinada função exercida, não necessariamente pela mãe, mas por aquele que é, nas palavras de Freud, o *Nebenmensch*, o humano próximo.

Para isso, iniciarei esse trabalho de revisão bibliográfica, dedicando o primeiro capítulo a discutir a constituição do sujeito. Assim, no capítulo I, intitulado *Sobre a constituição do sujeito*, partirei dos escritos psicanalíticos para tratar como um sujeito advém, sua constituição.

Posteriormente, no segundo capítulo, *Intervenção Precoce: uma estratégia*, abordarei mais especificamente a estratégia da intervenção precoce. Pretendo circunscrever o que hoje é chamado a clínica da intervenção precoce, a partir de escritos psicanalíticos sobre o tema.

Para finalizar, o capítulo III, *A Função do Profissional Psi*, pretende sustentar a nossa hipótese de trabalho – a intervenção precoce é uma estratégia de intervenção que faz suplência a função materna. Para isso, tentarei mostrar que como a maternagem se distingue da intervenção psicanalítica.

Para o desenvolvimento desse trabalho, lançarei mão de alguns escritos de Freud, Winnicott, Lacan, assim como de autores contemporâneos que trabalham mais especificamente o tema proposto. Pretendo através deles, inaugurar algumas reflexões alicerçadas em suas teorias, permitindo assim um reposicionamento dessa clínica que um dia me atravessou.

1. SOBRE A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

Ao contrário do que muitas vezes se pensa, o bebê humano nasce em uma condição de prematuridade, de desamparo, tanto físico quanto psíquico. Foi isso o que Freud pontuou, em 1895, no “Projeto para uma psicologia científica”, quando evidenciou que o bebê humano necessita de um outro para que esse possa apaziguar as tensões desagradáveis provindas de um estímulo endógeno.

Exemplifica, a partir da fome, que a tensão só será aliviada se houver uma intervenção que suspenda a tensão provocada no interior do corpo do bebê, ou seja, uma *ação específica*, que altere o mundo externo. Como o organismo humano é incapaz de promover essa ação, necessitará então de uma ajuda alheia, de um

Nebenmensch - um humano próximo, um semelhante.

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais (Freud, 1895, p.336).

Assim, Freud deixa claro que se um bebê não tiver esse semelhante que seja capaz de diminuir a tensão através da ação específica, nas palavras de Lacan, o Outro primordial, ele poderá não se constituir enquanto sujeito, ou mesmo morrer. E, é nesse sentido que podemos dizer que o bebê humano nasce sempre prematuro, mesmo que a termo, e que não basta nascer para se constituir enquanto sujeito.

A primeira experiência de satisfação inscreve marcas no aparelho psíquico, lembranças do objeto que causou satisfação. Essas lembranças são retomadas de forma mnêmica no estado de urgência, ou seja, quando surge novamente o borbulhar de sensações em seu interior trazendo desconforto, o bebê tentará amenizar este estado, produzindo uma alucinação (Ribeiro, 2005).

Nesse sentido, Freud (1985), ao falar da experiência de satisfação, no dizia: “não tenho dúvida de que na primeira instância essa ativação do desejo produz algo idêntico a uma percepção – uma alucinação” (p.337). Mas, a alucinação não será capaz de trazer equilíbrio às suas sensações internas, dessa forma, há sempre uma busca por aquele primeiro objeto de satisfação, e é a falta de objeto que impulsiona à essa busca, que coloca o aparelho psíquico em trabalho constante – “(...) Quando uma ação reflexa é introduzida em seguida a esta, a consequência inevitável é o desapontamento” (Freud, 1895, p. 337).

A constituição do sujeito convoca necessariamente um “agente externo, que não é um outro qualquer, como vimos, mas um agente que se coloca em posição bastante prestativa para este bebê” (Jerusalinsky, 2002, p.57). Pois, quando nasce um bebê, o que existe nele são respostas encaminhadas pela via da atividade reflexa.

Ao sentir um desconforto provocado pela fome, por exemplo, o bebê chora. Porém, necessitará de um outro que interpretará aquele choro como uma mensagem, como um pedido. Não tendo, por si só, condições de sobreviver sozinho, o bebê necessitará de um agente materno, que se colocará à plena disposição do bebê, saciará sua fome, ao mesmo tempo, em que dirigirá seu olhar e voz para ele. O circuito de satisfação só poderá ocorrer por meio da leitura do agente materno, tomando o

choro do bebê e outorgando-lhe, assim, significação às produções do bebê (Jerusalinsky, 2002).

O agente materno, ao falar com bebê, ao respondê-lo, aposta que ali já se encontra um sujeito em vias de se constituir. Ou seja, “a mãe atribui a autoria da produção ao bebê, supondo um sujeito onde havia apenas reações involuntárias.” (Jerusalinsky, 2002).

Vemos que a função exercida pela “mãe”, função materna, é fundamental para a constituição psíquica do bebê. Ela, bem mais do que um simples cuidado, é um investimento do seu desejo no bebê, tornando-o objeto do desejo materno. Ressaltamos que discorreremos sobre o assunto posteriormente, mas antecipamos que a função materna é normalmente exercida pela mãe, contudo, não se limita a mesma. Vários autores do campo psicanalítico trabalham a questão da constituição do sujeito, apontando para o lugar fundamental do agente materno. É isso que podemos ver ao elegermos, quer Lacan quer Winnicott como autores que trazem contribuições sobre o tema. Afinal, apesar das diferenças teórico-clínicas, ambos enfatizam a função do outro na constituição subjetiva, seguindo assim as trilhas freudianas. Ambos os autores atribuem importância crucial na relação com o Outro primordial. Seja Lacan com sua concepção de suposição de um sujeito no bebê, seja Winnicott através do que chama “preocupação materna primária”.

Vieira (2010) trabalha, em sua dissertação intitulada *Reflexos possíveis: o olhar de Lacan e Winnicott para a constituição subjetiva*, o tema da constituição do sujeito, a partir de sua clínica com quadros graves (autismos). Relata que tanto Winnicott quanto Lacan apontam que, para algo subjetivo possa ascender, é necessário que haja um processo constitutivo e, para tal, algumas condições precisam ser garantidas. Segundo Winnicott (1958), a preocupação materna primária seria um estado de sensibilidade exacerbada durante o final da gravidez, e após as primeiras semanas do bebê, no qual a mãe se adapta sensível e delicadamente às necessidades do bebê. As mães excluem quaisquer outros interesses e preocupam-se somente com seu bebê, fornecendo um contexto para que a constituição da criança se dê. Se houver falha materna, chama-nos atenção o autor, haverá reações às intrusões, as quais interromperiam “o continuar a ser do bebê”.

Somente no caso de a mãe estar sensível do modo como descrevi poderá ela sentir-se no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades. A princípio trata-se de necessidades corporais, que gradualmente transformam-se em necessidades do ego à medida que

da elaboração imaginativa das experiências físicas emerge uma psicologia. (Winnicott, 1958, p.403).

Vieira (2010) afirma ainda que há um processo em movimento que se inicia antes do parto, que confere ao bebê um lugar pré-determinado. Quando falamos de uma ordem simbólica, em que o indivíduo é banhado quando nasce, estamos nos referindo a este processo que se inicia muito antes de a criança vir ao mundo. Ferrari e Piccinini (2010) trabalham o conceito de mito familiar, no artigo intitulado *Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso*, e afirmam que o que permite a construção do processo imaginativo materno, desde a descoberta da gravidez, é algo muito anterior, que é a forma como a mãe tomou os enunciados significantes desde a sua chegada ao mundo.

Nesse sentido, podemos dizer que algo da interação mãe-bebê começa antes mesmo do nascimento da criança, e antes mesmo da gestação. Poderíamos dizer até que começa quando a futura mãe ainda é filha de seus pais e é por eles investida. Para sustentar sua tese, Ferrari e Piccinini (2010) lança mão das construções de Pierra Aulagnier (1994). A autora afirma que só é possível a mãe ressignificar o comportamento do bebê porque há uma reatualização da sua própria história, ou seja, de como ela foi tomada pelos seus pais na sua infância.

Quando a mãe dá significados aos comportamentos do seu filho, o que está em jogo é um processo inconsciente da mãe, que trata do seu lugar de mãe, mas também de filha. Assim dizemos que a mãe oferece um lugar ao bebê que está permeado pela sua própria história, ou seja, “é necessário que ela esteja suficientemente inscrita no mundo simbólico” (Ferrari e Piccinini, 2010, p.246).

Não é possível pensar na experiência de maternidade uma mulher, sem remontá-la ao seu passado infantil, quando ela própria deixou-se tomar pelos enunciados que fizeram com que ela se tornasse um sujeito. (Ferrari e Piccinini, 2010).

Atualmente, o avanço das tecnologias e as pesquisas no campo da maternidade permitiram perceber que a relação da mãe com o bebê começa ainda na vida intrauterina, corroborando a aposta Winnicott, quem sempre deu ênfase ao processo gestacional na constituição de um sujeito.

Winnicott (1960) afirma que os profissionais podem conhecer tudo sobre saúde e doença do corpo, mas estão longe de saber de fato o que o bebê está sentindo. Isto só a mulher, que está para se tornar mãe, poderá saber, pois, no estado intra-uterino, a

existência do bebê está unida a de sua mãe (Rocha, 2006). E, como anteriormente dissemos, há uma relação entre os dois que se inicia muito antes.

Antes da gestação ocorrer de fato, a mãe imagina como será seu filho, o que ele será, com quem se parecerá, entre outras coisas. Acontece no psiquismo da mãe a formação da ideia de ser mãe e também a construção mental do bebê (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007). Assim começa a preparação da mãe para receber seu filho, pois, nesse momento já se dá o processo imaginativo da mãe para com esse bebê.

O processo imaginativo, por sua vez, torna-se fundamental para que a mãe invista libidinalmente em seu bebê, reconhecendo-o como corpo separado dela. Assim, podemos dizer que tornar-se mãe não é algo natural, há um movimento subjetivo que precisa ser feito. Tal movimento é caracterizado pela mudança de posição, pois, é necessário que seja elaborado um luto da posição infantil (de filha) para que a mulher possa aceder à posição de mãe.

No momento da gravidez, há uma mistura de sentimentos ambivalentes que muitas vezes geram conflitos. Por essas razões, o processo de gestação torna-se fundamental, pois é nele que a mulher passa a elaborar essas mudanças.

Diversos autores afirmam que nesse processo imaginativo que surge, com mais ênfase na gestação, é que a mãe começa atribuir características ao feto, ou seja, há um movimento de personificação onde lhe são atribuídas características e personalidade. Através disso, a mãe consegue inserir o bebê em uma ordem de coisas nas quais ela também faz parte.

Nessa relação imaginária, o feto é representado como um corpo unificado e completo, uma imagem de corpo e é nessa imagem que a libido passa a ser despejada. (Aulagnier 1994, como citado por Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007). A capacidade da mãe pensar em um corpo para o filho decorre deste momento onde acontecem às mudanças corporais intrínsecas à gestação e onde se atribui um sentido para elas.

Szejer e Stewart (1997), refletindo sobre a gestação, evidencia que durante os três primeiros meses de gravidez surgem as primeiras modificações da percepção de corpo, da imagem do corpo da mulher, assim como de seu funcionamento. Lembra-nos que é também neste momento que entram em jogo duas histórias paralelas: a história de sua relação com seu corpo e a história de sua relação com o corpo de sua mãe.

Os autores afirmam que essas modificações que acontecem no corpo da mulher podem trazer angústia e serem tomadas como experiências que desestabilizam a

mulher, podendo ameaçar inclusive a sua autoimagem.

No segundo trimestre da gravidez a maior parte dos sintomas físicos iniciais tende a desaparecer. A placenta é formada e o bebê adquire uma primeira autonomia, sendo essa responsável pelos sintomas psíquicos que aparecem, tais como: crises de ansiedade e pesadelos.

A partir desse momento torna-se mais difícil fazer como se o bebê não estivesse ali. A barriga começa a crescer mais e o bebê vai tomando o seu lugar. Segundo Szejer e Stewart (1997), será de acordo com as vivências dessas mudanças, o modo como são acolhidas pela mulher e pelo homem, que se pode dizer do lugar que esse filho ocupará para este casal.

Vimos então que o investimento é possibilitado pela imaginação do bebê, pois este processo de imaginação é que vai possibilitar que o bebê seja inserido no universo simbólico dos pais. Para ficar mais clara essa questão, Lebovici (1987) citado por Ferrari *et al.* (2007), aponta que existem três crianças no psiquismo materno: a) a criança da fantasia, que provêm das referências inconscientes da mãe, resultados da resolução do complexo de Édipo que ela mesma vivenciou em sua infância; b) a criança imaginária, que é fruto do processo gestacional, onde a mãe atribui corpo e personalidades ao bebê e; c) o bebê real, que é aquele que nasce, o bebê que a mãe segurará no dia do nascimento (p.308).

Quando falamos de imaginar um bebê, e investir nele, falamos na verdade de um investimento narcísico. Nesse sentido, recorreremos ao que Freud (1914) fala sobre o Narcisismo. Em “Sobre o narcisismo: Uma introdução”, evidencia:

A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram - o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior (Freud, 1914, p.108).

Quando os pais colocam suas expectativas de realização dos seus sonhos, no seu filho, há uma crença, mesmo que inconsciente, de que é possível realiza-los através de seus filhos. É nesse sentido que podemos dizer que se trata de um investimento narcísico.

Então vemos que são esses desejos narcisistas dos pais que irão proporcionar

a construção do bebê imaginado e que vão dar suporte ao futuro vínculo com seu filho. A criação deste vínculo, por sua vez, é que proporcionará a constituição de um sujeito, ali onde só existe um bebê. O enlaçamento entre a mãe e o bebê desenrola-se em um esquema em que o outro materno assegura-se na suposição de um sujeito que deseja ali naquele organismo. Ao antecipar-se frente à insuficiência do bebê, a mãe permite ao filho pertencer à trama das relações humanas (Vieira, 2010).

Nesse tópico pudemos notar que as perspectivas teóricas tanto de Freud, de Lacan quanto de Winnicott ratificam a importância do outro na constituição psíquica de um sujeito. Assim sendo, trataremos a seguir da função materna.

1.1 SOBRE A FUNÇÃO MATERNA

Não existe qualquer possibilidade de que um bebê progrida do princípio do prazer para o princípio de realidade ou para além da identificação primária a não ser que exista uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 2000).

Para falar de função materna, vamos recorrer aos estudos de Winnicott no que se refere ao conceito de mãe suficientemente boa, uma vez que esse ele demonstra, de maneira clara, o que se espera daquele que ocupa chamada função materna.

Longe de mostrar um ideal, o autor visa apontar para aspectos que necessitam existir na relação cuidador-bebê, para que este venha a se constituir psicologicamente.

Assim, para Winnicott (2000), nos primeiros momentos de vida do bebê, especialmente durante a gestação e após o nascimento, a mãe busca se adaptar quase que totalmente as necessidades deste, estando sempre disponível, proporcionando uma ilusão para o bebê. Essa é fundamental e precisará ser tão satisfatória a ponto de tornar a posterior desilusão “uma felicidade para uma criança e uma permissão para que ela possa se desenvolver como indivíduo total” (Salamonde, 1986, p. 8). A ilusão de que ele e a mãe são um só é correlata à ilusão de que o seio da mãe é a continuação de seu próprio corpo.

A mãe suficientemente boa permite que o bebê tenha a ilusão de que aquilo que ele cria realmente existe (o seio faz parte dele). Esta é a importante tarefa da ilusão que permite que o objeto externo represente o seu interno. Só aí, depois de todo uso da ilusão, que essa mãe permitirá uma desilusão gradativa. Caberá à mãe desiludir progressivamente o bebê, demonstrando para ele como a realidade se impõe.

Contudo, essa adaptação da mãe vai diminuindo à medida que o bebê vai se tornando capaz de lidar, progressivamente, com falhas e frustrações. Reside aí a mãe

suficientemente boa: aquela que permite ao filho a experiência de frustração, visto que “a adaptação a uma necessidade não satisfeita, torna os objetos, tão amados quanto desejados, em objetos reais” (Salamonde, 1986 p. 16).

Winnicott (2000) destaca a importância de a mãe ter sido capaz de oferecer minimamente a possibilidade da ilusão, pois sem ela a tarefa de desilusão não terá a menor chance de ser bem sucedida. Sem essa adaptação necessária não será possível para o bebê desenvolver a capacidade de relacionar-se com a realidade externa.

A mãe é quem permite uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em apurar o fracasso da adaptação e tolerar os resultados da frustração.

Winnicott (1978) desenvolve uma teoria de um processo que vai da dependência absoluta rumo à independência, passando por uma fase de dependência relativa. Para o desenvolvimento saudável de um bebê, ele deve por três acontecimentos essenciais: contato com a realidade, integração e sentido de corpo, cabendo à mãe, cumprir tarefas que têm importância vital. Dentre elas, destacamos: “Gradualmente introduz o mundo externo partilhando, ajustando cuidadosamente, esta introdução, de acordo com as necessidades do bebê” (Salamonde, 1986, p.16).

Para falar da função materna, Jerusalinsky (2002) retoma Lacan e diz que a mãe será aquela capaz de transformar o simples desejo, em demanda para o bebê. Ela mesma estabelecerá a demanda do bebê e, para isso, colocará seu saber inconsciente para ler e dar significação ao choro. Também será essa mãe que formulará uma resposta à demanda do bebê e se certificará que a significação que atribuiu à demanda, tinha sido acertada.

A autora afirma que é neste movimento que aquele que ocupa a função materna supõe um sujeito no bebê, supõe que o bebê possui um desejo que seria diferente do desejo dela.

Jerusalinsky (2002) assim como Manonni (1999) chamam atenção sobre esse processo de satisfação-frustração, seguindo os ensinamentos de Freud e Lacan, quando evidenciam que o agente materno não responde sempre e da mesma maneira, mas ora responde com presença, ora com ausência.

Sabemos que o par presença-ausência é discutido por Freud (1920), a partir de observações feitas de seu neto ao brincar com um carretel, lançando-o para longe e arrastando-o de volta para perto de si. A experiência do *Fort da* levou Freud a concluir

que a brincadeira se relacionava ao desaparecimento e retorno da mãe.

Para Freud, o menino encenava a experiência desagradável da mãe se afastar dele. Mas, através da brincadeira, onde ele tinha um papel ativo e de domínio, ele elaborava o sofrimento da vivência desprazerosa.

A experiência possibilitou Freud a ver que a ausência da mãe trazia sofrimento para a criança, mas, tal sofrimento, a partir de um dado momento, passa a ser suportável, à medida que a própria criança cria meios para elaborá-lo através da brincadeira – “O movimento de “aparecimento e desaparecimento” da coisa é tomado, pelo criador da psicanálise, como uma maneira de superar a ausência materna” (Araújo, 2012).

Miller (1997), em seu livro *Lacan Elucidado*, torna claro que Lacan, por sua vez, vem demonstrar que frustração essencial não é causada pelos objetos reais (falta da mãe), a exemplo do *Fort da*. O ponto chave da contribuição de Lacan está em demonstrar que “o objeto de desejo não é o objeto da realidade, não é o seio da mãe e nem a mãe, mas as marcas deixadas pelas primeiras experiências de satisfação na relação com o Outro” (Ribeiro, 2005, p. 49), pois, segundo ele, a busca não se dá pelo objeto em si, mas pela representação dele, ou seja, o campo da linguagem.

De acordo com Manonni, citado por Cecatto (2008) a frustração precisa existir, pois, é na ausência materna que se instaura a ordem simbólica, ou seja, o agente materno precisa além de prover ao bebê as suas necessidades precisa também se tornar um agente de frustração.

1.2. QUANDO NÃO SE CONSTITUI UM SUJEITO

Vimos que a interação mãe-bebê é fundamental para a constituição psíquica, porém, ela nem sempre se dá de forma a garantir a saúde psíquica do bebê.

O que vemos é o fato de que muitas vezes, por ter nascido com algo que a medicina diagnostica como “diferente”, “anormal”, que altere o curso do desenvolvimento do bebê ou, simplesmente, pelos pais não conseguirem investir narcisicamente no seu filho, esse fica sem lugar.

Aquilo que foi imaginado fica fraturado pelo diagnóstico, ou por aquilo que o diferencia, dificultando/impossibilitando os pais de investirem na criança, pois só se constituirá um sujeito se houver uma aposta se houver uma suposição necessária, uma antecipação. (Terzagui & Coriat, 2000).

Barbosa (2007) afirma que o lugar que o bebê ocupa no desejo dos pais pode

ser lido na maneira como lidam com ele, na maneira como falam com ele, em outras palavras se o bebê é objeto de identificação para os pais e antecipado como sujeito desejante.

Contudo, o que vem a acontecer na maioria das vezes é uma falha no investimento materno e paterno, devido a uma dificuldade de identificação dos pais para com esses filhos, por inúmeras razões.

Suassuna (2010) evidencia, no trabalho intitulado: *Diagnóstico precoce dos transtornos psíquicos: A influência do diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicopatologias do laço pais-bebê*, que atualmente é possível, devido aos avanços tecnológicos, conhecer um pouco da vida intra-uterina. Esses avanços permitem acompanhamento e diagnósticos pré-natais.

Segundo a autora, o diagnóstico pré-natal pode desempenhar papel quer de vilão, quer de herói. Pode detectar problemas precoces no feto ou na mãe e intervir dentro quando ainda no útero. Por outro lado, o diagnóstico pré-natal faz com que os pais se confrontem com o bebê real, ainda na gestação, e isso afetar o processo imaginativo da criança ou mesmo interrompê-lo.

Quando o feto apresenta uma patologia, as turbulências psíquicas encontradas habitualmente durante a gravidez são aumentadas e afetam principalmente os registros do narcisismo, do vivido corporal, do processo de parentalização e as relações precoces pais-bebê (Soubieux e Soulé, 2005, citado por Suassuna 2010, p.144)

Há um confronto entre a criança fantasmática e imaginária, com a criança real, e existe todo um trabalho psíquico feito pelos pais para conseguir aceitar que existe essa diferença.

A autora continua dizendo que a reação dos pais aos diagnósticos varia de acordo com a malformação, com sua condição, se está visível ou não. Contudo, é importante salientar que mesmo que a anomalia da criança seja interna, ela também inflige aos pais, pois, é vivida como uma grande ferida narcísica. (Suassuna, 2010), pois, os pais imaginam como será seu filho e essa imaginação passa também pela história infantil desses pais.

De acordo com essas histórias, no momento da gestação criam-se expectativas sobre esse filho, de como ele será. E, a partir disso, o bebê nasce com certos 'deveres' determinados pelos pais, ou seja, expectativas que são criadas mesmo que em nível inconsciente por esses pais. À medida que o feto "falta" com seus "deveres", ou seja, há algo que impossibilita a projeção daquilo que se imaginou sobre o bebê e isto

provoca um desinvestimento por parte dos pais ou até mesmo o bebê passa a ser objeto de ódio dos pais. (Suassuna, 2010).

Contudo, apesar das evidências de Suassuna (2010), Jerusalinky (2002) nos sinaliza que nem sempre falamos de uma patologia no organismo do bebê.

Sabemos que certos eventos ou ditos familiares relacionados ao entorno do nascimento podem fazer obstáculo ao reconhecimento do bebê, ainda que este não seja portador de nenhuma patologia em seu organismo. (p.119)

Cada história, cada nascimento que se dá é único e não há como se determinar um fator universal que impeça os pais de se reconhecerem no filho, pois não se trata de algo orgânico, mas de como essa patologia incide sobre o tecido simbólico dos pais. Tal aspecto se trata da ferida narcísica dos pais, como falamos acima, existe algo que irrompe no tecido simbólico dos pais que pode impedir com que eles reconheçam algo deles mesmos naquele bebê.

O diagnóstico muitas vezes vem lançar sombra sobre o tecido simbólico parental, mas é importante dizer que não se trata do diagnóstico em si, mas do que este vem gerar na fantasia dos pais, por isso, cada caso é único e vem acompanhado da história familiar de cada um.

Vimos acima que os pais dão um lugar para o bebê, o colocam como objeto de investimento libidinal, porém, “o precoce diagnóstico de um problema orgânico frequentemente desencadeia uma destituição fálica do bebê” (Jerusalinsky, 2002, p.19). Há algo que impossibilita o reconhecimento da filiação desse bebê.

É importante colocar isso, pois, se algo impossibilita a mãe em seu narcisismo com o filho, não haverá uma antecipação imaginária por parte da mãe, ou seja, o bebê não poderá se refletir no olhar de sua mãe. Faltarão um investimento e o bebê é capaz de captar isso. (Jerusalinsky, 2002).

Lacan fala sobre esse reconhecimento trazendo o a compreensão do que seria o estágio do espelho. O autor mostra que o que traz noção de corpo unificado para o bebê, conferindo-lhe uma imagem de corpo é o olhar da mãe sobre o bebê, quando este olha sua imagem no espelho, volta-se para a mãe que confirma para ele que aquela imagem é a sua.

Quando o bebê é incapaz de se apossar de uma imagem unificada para o seu corpo, podemos dizer que aí sim se colocam problemas que extraviam o desenvolvimento do bebê.

2. INTERVENÇÃO PRECOCE: UMA ESTRATÉGIA

Sabemos que a palavra “estímulo” tornou-se bastante representativa do comportamentalismo e, portanto, costuma remeter a idéia de um puro golpe perceptivo recebido de modo anônimo desde o meio. Ao Associar este sentido do termo estímulo ao trabalho com bebês, desperta-se a ideia de que a intervenção clínica partiria do princípio de deparar o bebê com diversos golpes e variados estímulos perceptivos que, ao desencadear nele reações de estímulo-resposta, causariam por automatismos o desenvolvimento. (Jerusalinsky, 2002, p. 67).

Jerusalinsky (2002) aponta que a clínica interdisciplinar em estimulação precoce tem seu início há aproximadamente 30 anos. Surgiu como uma especialidade clínica fortemente vinculada à detecção e intervenção precoce para os bebês que apresentavam problemas em seu desenvolvimento e constituição psíquica.

E. Coriat (1997), ao se questionar sobre o início da clínica de estimulação precoce, se questiona qual teria sido o desejo que deu origem a essa clínica. Assim, evidencia que a Dra L. Coriat se formou em pediatria e começou seus trabalhos na pediatria, porém ao desenvolver a sua tese de doutorado sobre o desenvolvimento neurológico do lactente, seu interesse a levou a trabalhar no serviço de neurologia.

Começou a receber crianças com as mais diversas afecções orgânicas, neurológicas, genéticas e também crianças com comprometimentos motores. No entanto, sentia-se culpada por não apresentar dados suficientes para que ela pudesse ajudar os pacientes e seus familiares que chegavam até ela angustiados. Afirmava: “Nem a reeducação clássica, nem as medicações habituais, evitavam a profunda deterioração dessas crianças”. (Coriat. L. 1970, como citado em Coriat. E.1997,p.42). Segundo a doutora L. Coriat, o deterioramento psíquico encontrado nessas crianças poderia não ter a ver com o desenvolvimento das possibilidades orgânicas, mas sim com o lugar outorgado pelo significante. Consequentemente, impulsionada por aposta surge a Clínica de Estimulação Precoce, acabou por formular seu próprio método e, para isso, recorreu não só aos seus conhecimentos médicos, mas também às especialidades que transcendiam o saber médico - “A partir dessa possibilidade de sentir em falta a medicina, a Estimulação Precoce constituiu-se, desde o início, como um trabalho interdisciplinar”. (Coriat, 1997, p. 45).

Esta clínica ocupa um lugar que faz fronteira entre diversas outras disciplinas, entre as quais precisa haver permanente trabalho de interlocução, tais como: neurologia, a genética, a linguística, fonoaudiologia, psicopedagogia, epistemologia,

fisioterapia, psicomotricidade e a pediatria. Apesar de todas as disciplinas dispuserem de conhecimentos fundamentais para a intervenção com bebês, elas deixaram uma lacuna, e foi da lacuna deixada por elas que surgiu a clínica da intervenção/estimulação precoce, com uma especificidade, cujo cerne é o bebê.

Jerusalinsky (2002) afirma que com o avanço tecnológico foi sendo possível, cada vez mais cedo, que fossem detectadas patologias orgânicas. Porém, na medida em que os médicos e os pais passaram a ter acesso a tais informações, verificou-se também um vazio quanto à possibilidade de uma intervenção clínica que contemplasse a especificidade apresentada por um bebê com problemas no desenvolvimento. Assim, podemos dizer que a clínica impôs a necessidade do surgimento dessa especificidade para que, ao intervir junto a esses bebês e às suas famílias, não deixasse de lado a constituição psíquica desses bebês.

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

2.1. A CLÍNICA COM BEBÊS E A PSICANÁLISE

Se a clínica com bebês convoca vários saberes que falam dele, devemos colocar a psicanálise em cena, pois, como especialidade clínica, ela introduz nesse campo um olhar para o sujeito.

O corte que a psicanálise efetua é fundamental para a compreensão do trabalho da estimulação/intervenção precoce, pois, não se trata de submeter o bebê a uma série de estudos em um campo específico, vendo-o como um objeto, no qual se devem aplicar as descobertas que foram realizadas. Trata-se de supor um sujeito no bebê, ou seja, uma aposta, daquele que desempenha a função materna, que existe um sujeito (de desejo) a ali.

E. Coriat (1997) dá evidência a uma cena frequente quando um bebê é trazido a tratamento. Ou seja, lembra-nos que normalmente o pequeno bebê se encontra num quarto, privado de toda intimidade, e com muitos adultos e profissionais das mais diversas áreas rodeando-o, para executar suas respectivas funções frente a esse bebê que precisa de cuidados. Sua mãe mal consegue atravessar a “muralha” de

profissionais que se encontram ali junto ao seu filho. Intimidada, ela se “conforma” em permitir que os profissionais façam o melhor que puderem pelo seu filho.

O preocupante de tudo isso é o fato de que parece que os pais não acreditam no que seus olhos vêem quando seus filhos agem de maneira dita “normal”. Ou seja, parece que existe algo que os impedem de enxergar às produções de seus filhos como produções de um futuro sujeito, sempre havendo algo da patologia em vista. Por isso, a proposta de intervenção como clínicos não deve ser de mais um que, juntamente com todas as outras especialidades, reforçam ainda mais a muralha que existe entre o bebê e seus pais. A intervenção psi deve/precisa permitir um olhar para o sujeito, possibilitando que os pais designem um lugar para o seu filho. (Coriat, 1997).

Na intervenção com bebês frequentemente nos deparamos com questionamentos frequentes: “os bebês têm problemas”? Ou até mesmo: “é possível ter problemas tão cedo na vida”?

Jerusalinsky (2002) mostra o paradoxo existente, ao dizer que há um novo sintoma social no que tange à infância, pois “os pais correm atrás das mais diversas possibilidades para “superequipar” o quanto antes seus pequenos filhos na esperança de melhor prepara-los para o futuro” (p. 22). Contudo, como vimos anteriormente, isso acontece por depositarmos nos bebês esperança de que realizem o que não foi possível realizarmos, ou seja, depositamos neles o nosso narcisismo. Não esperamos que haja problemas... Mas, “quando e como um bebê é trazido para ser tratado?”

Os bebês são trazidos a tratamento quando, em algum ponto, falham em relação ao que deles era esperado, quando o nascimento do bebê, o comunicado do diagnóstico da patologia que ele apresenta, ou o exercício da maternidade ou paternidade com ele, produzem um sintoma, um obstáculo, um padecimento neste circuito de realização de ideais sociais e parentais. (Jerusalinsky, 2002, p. 23).

Assim, a proposta não se trata de intervir precocemente para equipar ao máximo esses bebês, e estimular seus talentos, ou até mesmo de um aconselhamento anônimo. A intervenção caminha na contramão disso. Ocorre pela escuta dos pais em cena, visto que os ideais de parentalidade fracassaram em sua realização. Faz-se necessário escutar os pais para saber como cada pai e mãe estão implicados com seu filho, e aí sim intervir.

Terzhagui e Coriat (2000), afirmam que: “sustentar uma clínica com bebês em estimulação precoce, supõe construir uma inclinação especial no olhar, pois a forma

como este bebê foi desejado, olhado e falado é que vai “esculpir” o sistema nervoso da criança”.

Teperman (2005), ao falar sobre a intervenção no laço bebê com o Outro, demonstra que o fundamental é que alguém desempenhe a função materna, não se tratando da mãe em si, e sim da função que garante a entrada do bebê no campo da linguagem. Não se trata de intervir no vínculo mãe-bebê e em seu afeto, mas se intervém na posição que estes pais ocupam em relação ao bebê.

Uma pergunta se faz evidente: Como intervir? Que tipos de ações são capazes de provocar efeitos nessas crianças e as tirem da posição em que se encontram e se constituam como sujeito? Foram essas perguntas que me fiz como estagiária e que me convocam a tentar falar nesse trabalho monográfico.

2.2. DA INTERVENÇÃO

Pensamos que na constituição do sujeito psíquico são determinantes os processos fantasmáticos, sem que por isso deixem de ter importância os aspectos instrumentais do sujeito (incluídos dentro da função do eu) que, no entanto, se encontram determinados desde esta posição. Não devemos confundir sujeito psíquico com “eu” e, portanto, devemos ser muito cuidadosos em distinguir entre o discurso significativo que compõe toda a extensão do sujeito, e os aspectos que expressam apenas a zona de mediação com o real. (L. Coriat e A. Jerusalinsky (1976), citadas por E. Coriat (1997) p. 46).

Neves e Vorcaro (2010) retomam uma questão importante que se apresenta na intervenção de Rosine Lefort, psicanalista, uma das pioneiras a colocar a psicanálise à prova com crianças pequenas. “Como distinguir um tratamento orientado pela psicanálise de uma prática intuitiva (que poderia estar voltada para uma posição maternante ou filantrópica)?” (p. 383).

Segundo elas é importante colocar essa questão visto que o agenciamento do Outro exercido pela mãe não pode ser negligenciado na clínica com bebês. Antes de agir com intuição, a intervenção se baseia pelo inconsciente e pela transferência, porém, a intuição do clínico pode se fazer presente, pois há uma homologia entre as posições do clínico e do agente primordial. Isso quer dizer que, por mais que haja algo de uma postura maternante no clínico, este não age somente segundo essa postura, mas age muito mais com seu saber inconsciente e em função da transferência estabelecida.

Os primeiros movimentos em relação à criança partem do psicanalista, apoiado na transferência dos pais. Mas, numa clínica com crianças

pequenas, temos observado que a criança rapidamente estabelece transferência, reconhece o psicanalista, se reconhece, principalmente, no lugar que este lhe outorga, ou, melhor dizendo, lhe antecipa: um lugar de sujeito. (Teperman, 2005, p.124).

O artigo escrito pelas autoras acima citadas, denominado: *A intervenção do psicanalista na clínica com bebês: Rosine Lefort e o caso Nádia*, descreve o

caso da menina, de apenas treze meses, quando a psicanalista começou a tratá-la. Nádia estava em uma instituição pública francesa, onde crianças que haviam sido privadas de contato com seus pais ficavam temporariamente. Nádia ficava parada, na maior parte do tempo, em movimentos catatônicos, demonstrava atraso psicomotor e só se alimentava, após muita insistência, sem demonstrar prazer no mesmo.

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

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

Uma questão que se coloca frequentemente acerca da intervenção precoce é se é possível falar em um trabalho de prevenção tendo como eixo teórico do trabalho a psicanálise, pois quando se fala de prevenção se trata de intervir antes que o mal aconteça. Além disso, há de nos lembrarmos que Freud, ainda no início do século passado, que não podemos propriamente de prevenção ao nível do psiquismo.

Teperman (2005), nesse sentido, nos lança algumas questões interessantes: “a clínica com bebês é preventiva? Como a psicanálise poderia contribuir para as outras disciplinas ao dedicar-se à noção de prevenção? E por último, o que prevenimos?” (p.82).

A autora Prizskulnik (2009) fala algo sobre a prevenção:

Já a prevenção em saúde exige uma ação antecipada baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença e as ações preventivas são definidas como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças,

reduzindo sua incidência e prevalência.(Prizskulnik, 2009).

Mas, lembra que o psicanalista não pode antecipar-se ao paciente e oferecer-lhe respostas, de modo que a pergunta se mantém: Como pensar em prevenção no campo psicanalítico?

Teperman (2005) também responde a essa pergunta seguindo a mesma via. Propõe-nos uma noção diferente acerca do trabalho preventivo dentro da psicanálise, afirmando que não há como garantir resultados em psicanálise. O que há é uma aposta no advento de um sujeito. Para ela, prevenção seria a antecipação do sujeito visto que “lançamos mão da prevenção na clínica com bebês quando os pais não puderam pré-venir um sujeito em seu bebê!” (p.84).

Assim, faz-se importante lançar mão do que Laznik (1997) chamou de prevenção: “reconhecimento de sinais clínicos indicadores de transtornos na constituição psíquica do bebê, seguido pela intervenção psicanalítica com o bebê e seus pais”. (citado em Teperman 2005).

Porém, precisamos afirmar que nem sempre os profissionais que lidam com bebês estão aptos a reconhecer os sinais de quando algo não vai bem com os mesmos, especialmente quando não se encontra algo palpável, isto é, a nível orgânico do bebê.

Conseqüentemente o que estamos falando é necessidade de um diagnóstico precoce, mas que nem sempre ocorre devido a falta de instrumentalização dos pediatras, que dificilmente encaminham ao psicanalista quando vêem algo errado à nível das respostas dos bebês, pois acreditam que tudo vai se arranjar com o tempo. Foi por isso que Laznik (1997) trabalhou na capacitação dos pediatras para que estes pudessem reconhecer quando algo não estava bem com o bebê, ainda que nada fosse encontrado nos exames médicos. (Teperman, 2005).

Claro está que existe pressa na clínica da intervenção precoce e pode-se dizer que a pressa “ocorre quando o sujeito se precipita em concluir; por medo de perder o que concluiu” (Lacan 1998, como citado em Neves 2010, p.62). A autora continua dizendo da importância de instigar a pressa desses profissionais que estão nessa clínica, pois é necessário efetuar uma certeza antecipada do sujeito para que este venha de fato advir. (Neves 2010).

Então, podemos afirmar que o trabalho de intervenção realizado na clínica de Estimulação Precoce seria o de antecipar, para que haja a formação de um sujeito, visto que existem vários motivos para que isso não ocorra, que vão desde o

padecimento da realização de ideais sociais e parentais que os pais colocam sobre os filhos, como também o comunicado de um diagnóstico da patologia, e outros possíveis motivos que fazem falhar o exercício da maternidade e paternidade para com estes bebês.

O trabalho de intervenção precisa introduzir um olhar para o sujeito, para que este se constitua. Por isso, a estratégia da intervenção precoce torna-se imprescindível.

3. A FUNÇÃO DO PROFISSIONAL PSI

O saber sobre as necessidades da primeira infância, daquilo que um bebê precisa ter assegurado, para se constituir subjetivamente, coloca a todos os que trabalham com a primeira infância um compromisso ético, de responsabilidade. Um bebê não existe sozinho (Seguim & Daffre, 2006)

Jerusalinsky (2002) faz menção a Winnicott, ao afirmar que precisa haver uma loucura necessária ao clínico da mesma maneira que há uma loucura necessária às mães na sustentação das antecipações simbólica, imaginária e funcional constitutivas para o bebê. Contudo, não para por aí. A intervenção do clínico aponta também a realizar cortes de sentido e escanções no discurso parental, para que os pais possam vir a ocupar seu justo lugar e sustentar tal articulação temporal para o filho.

É sobre essa dupla operação – cortes de sentido e escanção - que incide a intervenção do clínico em estimulação precoce, porém este trabalho só será possível à medida que for estabelecida a transferência dos pais da criança para com o clínico. Através da obra de Freud vemos que a transferência é uma exigência indispensável dentro da técnica psicanalítica e fundamental para a intervenção do clínico com o paciente, sem a qual não é possível ocorrer os cortes de sentidos e as escanções referidas acima. A transferência nas palavras de Freud: “São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se (...) com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico.” (Freud, 1905).

Através desse fragmento, fica claro que o que Freud quis colocar foi que as experiências psíquicas são revividas, como algo atual, só que agora com a pessoa do analista. Desta forma, podemos dizer que o que sustenta o trabalho psicanalítico é o lugar simbólico que a pessoa do analista vai ocupar a partir da transferência.

No caso do tratamento com crianças, o clínico poderia então passar a integrar a

constelação do Outro primordial do bebê, através da transferência, ou seja, ao longo do tratamento ele pode ocupar diferentes lugares, e esse lugar é determinado na maior parte das vezes pelos pais.

O clínico pode ser posto no lugar dos avós, e diante desses os pais apresentam uma postura infantil, ou de mãe ideal, que provoca movimentos de identificação ou movimentos de rivalidade. Pode ocupar também o lugar de um terceiro do laço entre a mãe e o bebê efetuando os devidos cortes. (Jerusalinsky, 2002).

No entanto, é importante salientar que Jerusalinsky (2002) aponta que embora o clínico venha ocupar esses lugares, a função dele não será de permanecer neste lugar, mas de possibilitar efeitos no exercício das funções para que a constituição do bebê possa se dar.

Um bebê é trazido a tratamento porque há algo que fracassa no circuito de realização entre as suas produções e os ideais sociais e parentais. É na medida em que as demandas e desejos parentais fracassam em seu endereçamento ao bebê, ou que este fracassa em sua realização, que o clínico é convocado a intervir neste circuito (Jerusalinsky, 2002, p. 132).

No entanto, precisamos saber em que posição o clínico precisa estar nessa relação, isto é, qual é a sua função enquanto profissional?

Segundo Neves e Vorcaro (2010), existe uma distinção entre a intervenção psicanalítica e a maternagem. Isto significa dizer que, por mais que a função materna possa estar falha, o psicanalista não está aí para exercer simplesmente essa função para o bebê, visto que o clínico está nessa relação para fazer um ato analítico, o que significa dizer que ele vai, através da sua ação, possibilitar uma abertura, um engajamento ao Outro simbólico.

3.1 DA MATERNAGEM À INTERVENÇÃO

Diante de tal quadro clínico, o tratamento de Nádia, para Rosine Lefort, visava trazer uma nova vivacidade à criança por meio de um acolhimento, distinto do materno, mas que exercesse a função de não deixar a criança só na imparcialidade e/ou na hostilidade de cuidados. (Lefort, R e R., 1984, como citado em Neves 2010, p. 59).

Neves (2010), através de seu trabalho, nos mostra que o agenciamento do Outro primordial não pode ser negligenciado, visto que ele é fundamental para a constituição do sujeito. Porém, afirma que o agenciamento exercido pelo analista na clínica não se pode comparar a uma mera intuição, como o exercido na função materna. Referida a Porge (1998), a autora evidencia que o recurso que o psicanalista tem em mãos é a

transferência, visto que, como já dito anteriormente, a transferência é o recurso responsável por produzir o trabalho do psicanalista.

Goretti, Almeida e Legnani (2014), em seu artigo intitulado: *A relação mãe-Bebê na Estimulação Precoce: Um olhar psicanalítico*, analisam o atendimento de bebês realizados por duas professoras do programa de Educação Precoce oferecido pela Secretaria de Educação do Distrito Federal.

Estabelecem diferença entre duas formas de intervenção realizadas. A primeira intervenção se baseou em exercícios de funções de maternagem, pois se intervia diretamente com o bebê, fazendo alguns exercícios motores e orientava a mãe na forma como esta deveria lidar com seu filho, produzindo assim distanciamento na relação mãe-bebê.

A maternagem está focada nas deficiências da criança, onde somente a professora intervém, é ela que acalma o bebê, que dá sentido às suas reações, porém numa posição essencialmente técnica.

A segunda forma de intervenção parte de uma implicação subjetiva desejante, e coloca os pais em cena, provocando nos pais uma postura de acolhimento e de suposição de sujeito no bebê.

Dito de outro modo, a profissional intervém levando em conta o diagnóstico da criança e suas necessidades, mas mantendo-o em suspensão, ao mesmo tempo que se dirige a ela reconhecendo-a como sujeito e não objeto de suas intervenções. (Goretti, Almeida & Legnani, 2014, p. 428).

Surge então uma questão: a intervenção (maternagem) realizada pela primeira professora seria capaz de pôr em andamento ou de sustentar as operações constituintes do sujeito?

Muitas são as tentativas de resposta para a posição do clínico na intervenção ou mesmo na clínica com criança. Contudo, Neves (2010) comenta:

Ele é ou não um suplente materno que constrói fantasmas, sintomas por meio de uma “chuva” de interpretações; é aquele técnico que só faz brincar com as crianças ou, ainda, se posiciona num lugar de confirmação do ideal social de que crianças “desadaptadas” precisam ser educadas por uma psico-pedagogia? (Neves, 2010, p.64).

Neves (2010) afirma que a questão de como age o profissional na clínica é muito importante, pois existem muitas práticas com bebês ainda hoje, no âmbito da psicologia, pouco discernidas em sua direção teórica.

No entanto, embora Lefort tenha agido de acordo com a sua intuição, foi verificado que a sua intuição se baseava na ordem do inconsciente e verificada através da operação transferencial que se deu da psicanalista com as respectivas crianças.

Coriat (1997), em seu livro intitulado *Psicanálise e clínica de bebês*, discute o papel do psicanalista na clínica da estimulação precoce, onde evidencia que na clínica, apesar de receberem crianças com as mais diversas questões, sejam elas orgânicas ou não, o fato é que elas apresentam os resultados mais diferentes entre si, e muitas delas, apesar das patologias orgânicas que apresentam, percorriam o caminho da vida como qualquer ser humano, já outras estavam paradas no tempo apesar de todo amor e atenção despejados sobre eles. Para ela, o cerne da questão não é o quanto os pais seguem a risca as indicações, ou o tanto de atenção empregado nas crianças, mas o desejo.

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

O trabalho então seria o de permitir que o desejo fosse inscrito. Dito de outra forma: permitir que, ao final do tratamento, a criança pudesse ter um brincar criativo, onde fosse evidente a presença do desejo.

Jerusalinsky (2002) afirma que há um saber inconsciente dos pais sobre seus filhos, porém, nem sempre esse saber se articula, no sentido de possibilitar o exercício das funções materna e paterna com o bebê. Quando isso ocorre, há uma suposição por parte dos pais de que o clínico é que detém esse saber do que convém ou não ao seu filho. Caberá ao clínico sustentar este lugar de suposto saber para que, através da transferência com os pais do bebê, os mesmos possam desdobrar o seu saber inconsciente sobre seu filho - “pois, em todo caso, o clínico sabe que os pais sabem aquilo que eles pensam não saber” (p. 142).

Os pais também não se dirigem a seus filhos por não acharem que o bebê é capaz de responder, então na medida em que o clínico sustenta endereçamentos ao bebê, que supõem um sujeito e que situem o bebê como capaz de certas realizações, possibilita uma mudança no olhar desses pais, como também possibilita que o bebê venha apresentar algumas dessas realizações, visto que há uma antecipação.

O clínico também, através de seu conhecimento, pode operar através da sua escuta parental, e produzir atos clínicos que façam os pais se ressituem frente aos seus filhos, no exercício de suas funções. (Jerusalinsky, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de Conclusão de Curso partiu de uma inquietação própria de quando vivenciava, na prática clínica, a dificuldade das crianças que tive oportunidade de conhecer na experiência de Estágio. Dificuldades estas que não estavam determinadas somente por questões orgânicas, motoras ou genéticas, mas impedindo o acesso a essas crianças à uma constituição psíquica saudável.

Vimos que algo primordial para que a constituição psíquica da criança se dê é a função materna, desempenhada por aquele que cuida do bebê, e que Freud chamou de o *Nebenmensch*, o humano próximo. Vimos também o quanto um diagnóstico pode fraturar a imagem que o bebê tem para sua mãe e impossibilitar um investimento psíquico da mesma.

Com isso, destacamos a importância da intervenção precoce, a partir do corte epistemológico da psicanálise que permite um olhar para o sujeito, e nos traz a sensibilidade necessária no olhar, para intervir neste tempo, que é tão primordial para a constituição psíquica.

E por fim, trouxemos o lugar do terapeuta/clínico/psicanalista nesta clínica, que está nesta clínica para que através do seu olhar diferenciado para o sujeito, permita um engajamento do desejo e do olhar dos pais para esta criança.

Neste trabalho, ora usamos Winnicott, ora Lacan. Decidimos usar Winnicott devido a sua aposta na mãe e na importância de sua função para o bebê. No entanto, é importante dizer que a intervenção precoce que vivenciei estava balizada pelas construções da teoria lacaniana, por isso que tais construções estiveram muito mais presentes no meu trabalho.

Esta foi a minha primeira tentativa de escrever sobre o tema, portanto exploramos um campo, sem saber muito onde posicionarmos.

Partimos da hipótese de que o nosso trabalho como profissionais psi dentro dessa clínica seria de suplência a função materna.

Desta forma, destaco aqui o conceito de suplência: completar, inteirar, preencher. O nosso trabalho não se trata de substituir uma função que não se deu, ou

se deu de forma precária, mas fazer suplência a esta função, ou seja, permitir que, através da transferência e dos atos clínicos, os pais se (re)situem frente a este que necessita, demais que simplesmente cuidados, mas de um olhar investido de desejo.

Trata-se de atuarmos como um espelho, refletindo as funções a serem desempenhadas, para que através desse ato, os pais se coloquem em função a tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, F.M. de. *O movimento do Fort-da na leitura de Jacques Lacan. Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, vol. VIII, n. 15, nov. 2012 a out. 2013. Disponível em www.isepol.com/asephallus

Barbosa, C, D. (2007). *Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. Estilos da clínica*, vol.(XII, n.23). pp 68-77.

Cecatto, M, G. (2008). *A função materna e o desenvolvimento infantil. Rede Psi*. Recuperado em 12 de Julho, 2015 de: <http://www.redepsi.com.br/2008/07/18/a-fun-o-materna-e-o-desenvolvimento-infantil/>

Coriat, E. (1997). *A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

Ferrari, G, A., Piccinini, A, C., Lopes, S, R. (2007). *O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. Psicologia em estudo (Maringá)*, Volume(12, n.2), páginas(305-313).

Ferrari, G, A., Piccinini, A, C. (2010). *Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso. Ágora (Rio de Janeiro)*, Volume (XIII, n.2), páginas(243-257).

Freud, S. (1985[1895]). *Projeto para uma Psicologia Científica*. vol I. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standart Brasileira).

Freud, S. (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. vol XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standart Brasileira).

Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standart Brasileira).

Freud, S. (1905). *A dinâmica da transferência*. vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standart Brasileira).

Goretti, S , C, A., Almeida, C, F, S., Legnani, N, V. (2014). *A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico. Estilos da clínica. São Paulo Dossiê*. Vol(19, n. 3), p. 414-435.

Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem. A psicanálise na clínica*

interdisciplinar com bebês. (1ª edição). Salvador, BA: Ágalma.

Manonni, M. (1999). *A criança sua doença e os outros – o sintoma e a palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Miller, A, J. (1997). *Lacan elucidado. Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Neves, C, R, B. (2010). *De um olhar ao outro: a intervenção da psicanalista Rosine Lefort na clínica com a criança Nádia*. Tese de Mestrado. UFMG, Minas Gerais, Brasil.

PRISZKULNIK, L. (2008). *Prevenção: saúde mental e psicanálise. Proceedings of the 7th Formação de Profissionais e a Criança-Sujeito*, Recuperado em 12 de Julho, 2015em:

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100002&script=sci_abstract&tlng=pt

Ribeiro, M, J. (2005). *A criança autista em trabalho*. Rio de Janeiro: 7Letras.

Rocha, P, M. (2006). *Elementos da teoria Winnicottiana na constituição da maternidade*. Tese de mestrado, PUC-SP, São Paulo, Brasil.

Salamonde, M, C.(1987). *O eu e o não eu. Uma transição saudável*.(2ª edição). São Paulo: EDICON.

Seguin, C.; Daffre, S.G. Cuidando do Cuidador. In: Melgaço, R. (Org), *A ética na atenção ao bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Stern, D. *Diário de um bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

Szejer, M., Stewart, R.(2002). *Nove meses na vida da mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. (2ª edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Suassuna, V, M, A. (2010). *Diagnóstico precoce dos transtornos psíquicos: A influência do diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicopatologias do laço pais-bebê*. In Barbosa, C, D., Parlato-Oliveira, E.(Org.). *Psicanálise e clínica com bebês: Sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância*.(1ª edição). São Paulo: Instituto Langage.

Teperman, W, D. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*.(1ª edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Terzagui, A, M., Coriat, L, H. (2000). *Fundamentos e limites da estimulação precoce. Algumas reflexões*. Estilos da clínica, Dossiê, páginas(18-23).

Vieira, S, C, M. (2010). *O olhar de Winnicott e Lacan para a constituição subjetiva*. Tese de mestrado, Uiversidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Winnicott, W, D.(2000). *Da pediatria á psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed.

Winnicott, W, D.(1988). *Natureza Humana*. Rio de Ja