

■ 2025 / suplemento 2

■ volume 9 • número 1

*Anais \_ 2025*

REVISTA INTERDISCIPLINAR  
CIÊNCIAS MÉDICAS

ISSN 2526-3951

**II CONGRESSO  
INTERNACIONAL E III  
CONGRESSO NACIONAL  
CLÍNICA DE BEBÊS**

A Revista Interdisciplinar Ciências Médicas valoriza a qualidade dos trabalhos publicados, no entanto, se exime da responsabilidade de avaliação (nos quesitos ético-legais, rigor científico e formatação), aprovação e critérios de publicação destes artigos.

Os autores tem total responsabilidade pela publicação dos trabalhos de acordo com os quesitos ético-legais, rigor científico e a formatação que instituíram.

## SUMÁRIO

- 3 Apresentação
- 8 O bebê prematuro, quando nasce um sujeito?
- 16 O bebê é um corpo? Uma questão prévia ao tratamento de bebês
- 25 Atuação de equipe de psicanalistas e enfermeiras no atendimento ao pós-parto Brasil
- 30 Relação pai-bebê no pele a pele: um novo olhar sobre o nascimento de um pai e sua influência no nascimento psíquico do bebê
- 43 O que a psicanálise pode diante e de um bebê?
- 53 Da clínica do sinal à clínica do traço
- 58 O Fenômeno Psicossomático e a clínica de bebês de risco
- 67 Intervenção precoce e educação inclusiva
- 75 O bebê vai à escola e faz arte
- 81 O ambiente facilitador em Winnicott: considerações sobre o desenvolvimento saudável do bebê e a capacidade de brincar
- 86 O desenvolvimento neuropsicomotor do bebê

## Apresentação

Esta publicação compreende trabalhos e textos apresentados no II Congresso Internacional e III Congresso Nacional Clínica de Bebês. Em pleno século XXI, em 2024, a Clínica do Bebê ainda é pouco conhecida, apesar de todos os avanços e descobertas científicas sobre os bebês. O Congresso adotou como tema “Os lugares do bebê”, por onde ele circula, por onde ele é falado, observado e cuidado, salientando que o lugar de fala ainda é pouco ofertado. É preciso haver um espaço para a escuta dos bebês e oferta de fala e esta escassez decorre da dificuldade do reconhecimento de que existe um sujeito em constituição no bebê e que este possui uma forma particular de linguagem. Por outro lado, se não existe escuta, o que se diz sobre eles é desprovido de sentido, uma fala vazia que traz como consequência uma prática ineficaz. Por isso a importância do Congresso e dessa publicação.

A partir do final do século passado com a profusão de pesquisas e descobertas das capacidades dos bebês constatou-se a necessidade de se ampliar essa clínica. No entanto, ainda prevalecia a ideia de que o bebê apenas respondia por reações reflexivas e de que o amadurecimento do SNC, que se dava nos primeiros três anos de vida, era algo estanque. A crença na tábula rasa, na qual caberia uma intervenção para se moldar uma criança considerada como um ser passivo levou a uma clínica desenvolvimentista e metódica. Ampliou-se o número de especialistas, mas o diálogo entre eles era e persiste em uma prática compartimentada, cada um desenvolvendo sua conduta de forma isolada e fragmentada. A escuta do bebê por terapeutas, ou mesmo psicanalistas foi adiada com a justificativa de que se deveria esperar para quando este estivesse amadurecido ou com sua constituição psíquica supostamente decidida e mesmo quando acontecia alguma intervenção terapêutica, esta se dava através da mãe.

Precisamos muito inovar em nossa prática, em nossa clínica e trazer as novas descobertas para o nosso cotidiano. O Congresso e essa publicação têm a função de buscar pela inovação na Clínica de Bebês.

Esta clínica sempre nos provocou a pesquisar, a estudar, modificando nossas condutas e nos convocando a fazer trocas com outros saberes. Ela é provocadora e por isso onde é adotada causa mudanças profundas na forma de atendimento, como aconteceu no CAIS, Centro de Atendimento e Inclusão Social, protagonista deste Congresso e da Enlace Diagnósticos Integrados que nasceu para atender a esse público.

Na pesquisa “Riscos para a Deficiência Intelectual e no Transtorno do Espectro do Autismo e a Intervenção a Tempo para Bebês Prematuros”, realizada pelo CAIS no período de 2016 a 2020, constatamos que o atendimento em tempo propicia a diminuição de sinais de riscos e favorece o desenvolvimento dos bebês, quanto mais cedo o atendimento melhor o prognóstico (Batista e Hachem, 2021). Já havíamos percebido que havia sinais de risco psíquico em bebês desde 2009, com o início do programa AB no CAIS, um seguimento de bebês. A pesquisa surgiu para mensurar esses sinais e os achados clínicos, os efeitos do atendimento tanto no seguimento, quanto na intervenção precoce. Os bebês encaminhados pela maternidade de Contagem para o atendimento no CAIS, que fizeram parte desta pesquisa eram bebês

caracterizados como bebês de risco por ter alguma intercorrência no período perinatal e/ou neonatal. Mas juntamente com as questões orgânicas percebíamos que algo na constituição psíquica também poderia ser escutado e merecia uma intervenção em tempo. Intervenções necessárias e que aconteciam juntas de forma compartilhada entre a equipe, considerando organismo, psíquico e social. Esse arranjo é a premissa de todo atendimento aos bebês e está presente nessa publicação. Acreditando que não existe um corpo separado da mente ou do social, mesmo o encéfalo tem características únicas que o define numa singularidade, assim como o sujeito tem um corpo que atravessa e é atravessado pela sua subjetivação e ainda corpo e mente são responsáveis, são modificados e transformados pelos laços estabelecidos. Não tem como dissociar algo que está intrinsecamente entrelaçado e que nos caracteriza como humanos.

Para além da escuta de uma patologia, a proposta desta publicação está mais próxima de uma promoção à saúde ao se atuar mais cedo para prevenir ou evitar algum agravo. Enfatizamos a importância de se desenvolver essa clínica sem patologizar a primeira infância. Sabemos o quanto em nossa contemporaneidade esta patologização tem sido a tônica, apesar da contradição, pois foi na contemporaneidade que descobrimos a necessidade de se atender o mais cedo possível. Aliás a contradição é uma característica de nossa contemporaneidade.

Foram vários fatores que levaram a ampliação da clínica e cuidados com os bebês desde meados do século passado, dentre elas destacamos o número de bebês que passaram a sobreviver nas UTIs neonatais, mas com morbidades diversas. Fato que provocou a necessidade de novas intervenções e a incorporação de novos atores e especialistas nos ambientes hospitalares e novos programas como os follow-up, os seguimentos de bebês e ampliação da intervenção precoce.

A prematuridade tem aumentado de forma expressiva em nossa contemporaneidade e a despeito de todo esforço da OMS para diminuir esta incidência ainda tem uma prevalência significativa. O documento *Nascido Muito Cedo*, um relatório da Ação Global sobre Nascimento Prematuro desenvolvido pela OMS em 2020 é o resultado de uma coligação global de diversos parceiros que se reuniram na década de 2010 a 2020. Esse relatório constatou que em todo o mundo, 1 em cada 10 bebês nasce prematuro (com menos de 37 semanas de gestação). No Brasil 12% dos bebês nascidos vivos são prematuros. Em todo mundo o nascimento prematuro é a maior causa de morte de crianças com menos de 5 anos de idade, sendo responsável por mais de uma em cada três de todas as mortes neonatais. Estima-se que quase 1 milhão de recém-nascidos morreram devido as complicações do parto prematuro e outros milhões sobreviveram com deficiências no mundo. Dentre as consequências da prematuridade constata-se uma maior predisposição para desenvolver alguma deficiência, o autismo e algum atraso no desenvolvimento. As causas da prematuridade são inúmeras, desde a questão social, um pré-natal que não foi bem acompanhado, a gravidez na adolescência (que é uma questão mundial) e alguns fatores de nossa contemporaneidade como o stress e questões ambientais.

A pandemia é outro fator que foi marcante em nossa contemporaneidade e neste documento da OMS foi constatado que a pandemia produziu efeitos diretos e indiretos nos resultados do parto prematuro, acarretando o que foi denominado como uma verdadeira “crise de separação”, bebês prematuros foram

rotineiramente separados das suas famílias caso houvesse suspeita de COVID-19. Algo constatado no documento “Nascido muito Cedo” e que percebemos em nossa clínica. Recebemos crianças que nasceram durante o período da pandemia, que foram separadas ou perderam alguns dos pais, ou mesmo que estavam nos primeiros anos neste momento de isolamento e tiveram um contato social restrito. Isto não foi indiferente para saúde psíquica das crianças e de suas famílias.

Outro ponto que nos chamou atenção neste relatório são as recomendações sugeridas para diminuir a prematuridade ou amenizar seus efeitos, destacando que são necessárias quatro mudanças principais: intensificar os cuidados respeitosos; empoderamento e parceria com mulheres e famílias; abordar a escassez de prestadores de cuidados de saúde e proteger os seus direitos e reforçar a ação política e a responsabilização. Dentre esses cuidados respeitosos se destaca a importância de se manter o vínculo na díade mãe-bebê no ambiente de uma UTI neonatal. Entendemos que a OMS leva em consideração aqui as descobertas da teoria freudiana, que nos revelou a importância do outro próximo para o bebê para sua sobrevivência e a sua saúde, tanto orgânica, quanto psíquica. O ser humano nasce dependente de um outro pela sua condição humana, nascemos inacabados tanto com relação à constituição física quanto psíquica.

A constatação da existência de uma subjetividade no bebê representa uma nova conquista ao se perceber que o bebê humano não é apenas um ser movido pela necessidade, como se fosse um corpo desprovido de pulsão. Criamos a partir dessa convicção mecanismos e estratégias para humanizar o ambiente hospitalar e favorecer o vínculo entre a díade mãe-bebê como o programa Canguru. Com essa constatação que o bebê é também um sujeito, mesmo que em constituição e reconhecimento de seu movimento pulsional nos obriga a desenvolver outra clínica. Uma clínica que busque apurar essa escuta desde a permanência hospitalar, os desafios da saída do hospital e o acompanhamento de seus primeiros anos de vida. Uma clínica que precisa ser ampliada em meio as contradições de nossa contemporaneidade na qual prevalece o discurso da ciência e sua burocratização.

Não só a prematuridade e a passagem pela UTI que trazem a disseminação deste discurso. Quando destacamos o discurso da ciência, nos referimos a este que opera em nossos dias, no qual buscamos o treinamento e uma prática predefinida para se fazer algo por acreditarmos mais em nossa legitimidade como pais ou na legitimidade de um saber tradicional. Acreditamos mais em curso para amamentação do que o saber familiar e ancestral, as avós não têm mais lugar nesta importante transmissão transgeracional. Ou ainda buscamos na internet, no “google” o saber sobre alguma intercorrência e com este suposto saber, os médicos, os terapeutas são questionados pelo que se leu em uma suposta pesquisa científica. Algo do simbólico não funciona mais e nos deixa com dificuldades de exercer a paternidade em nossos dias contemporâneos. Estamos todos em xeque, seja em nosso saber natural sobre a paternidade, seja em nossos estudos acadêmicos ou científicos, nós: pais, professores, terapeutas e médicos somos todos questionados a todo instante.

Por outro lado, utiliza-se cada vez mais protocolos simples e ações rotineiras e superficiais para diagnosticar as crianças. Diante dos desafios próprios da contemporaneidade como mercantilização das relações, a descrença e falta de legitimidade na figura do Outro nos faz preferir e buscar técnicas simples ou trei-

amentos para lidar com o inesperado de cada sujeito e situação clínica. Vale mais a burocracia, o vazio das relações e a busca por informações imediatas. O negacionismo e a descrença nos saberes instituídos se soma a uma busca por um saber que tenha evidência científica. Em produções teóricas supostamente evidentes e comprovadas que são tendenciosas a uma conduta que favoreça determinadas práticas ou medicamentos recomendados pela indústria farmacêutica. Soma à essas características da contemporaneidade o DSM 5 que ampliou a possibilidade de diagnosticar como transtorno do espectro do autismo uma série de crianças e quando se englobou outros sintomas ou outros comportamentos para esse diagnóstico presenciamos a uma verdadeira epidemia de TEA. Com efeito, o levantamento do CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças) dos Estados Unidos em sua pesquisa de 2023 mostrou que, se nos anos 1970 o número de diagnósticos de TEA estava na faixa de 1 para cada 10 mil crianças, em 1995 já havia pulado para 1 em cada 1.000 e continuou crescendo aceleradamente, até chegar a 1 a cada 59 em 2018 e 1 a cada 36 crianças em 2023 (Maener e William, 2023).

Recebemos encaminhamentos em nossas clínicas crianças com diagnóstico inadequado para o autismo, este realizado a partir de interpretações apressadas, exames clínicos rasteiros, com protocolos reduzidos e tendenciosos. Se as pesquisas atuais puderam detectar alguns sinais de risco que podem ser percebidos em bebês como a pesquisa de Filippo Muratori (2014) e sua equipe na Itália; não significa reduzir o diagnóstico a detecção simplista de alguns sinais. Temos recebido muitas crianças chegando com diagnóstico fechado cada vez mais cedo e que questionamos a conduta. Encontramos pais que querem a confirmação de tal diagnóstico em uma busca identitária e até mesmo de reconhecimento social e política afirmativa que trazem algum benefício. Os convênios de saúde sendo obrigados, por judicialização a ofertar os atendimentos e de forma surpreendente atendimentos definidos com o tipo de conduta, número de consultas em uma ação visivelmente com características mercantilistas. Neste contexto que atravessamos essa clínica precisa ser repensada desde a sua concepção teórica até as práticas instituídas em um diálogo epistêmico e no campo político e social.

Nesta contradição da contemporaneidade presenciamos a evolução de alguns saberes e ao mesmo tempo o seu fechamento em um saber único. O diálogo quando possível é dirigido a apenas àqueles que falam com o mesmo pressuposto e campo científico. Como em uma expansão daquilo que presenciamos no campo social, no qual a dualidade é preponderante e os sujeitos querendo conviver com apenas o que lhe parece igual, em um discurso hegemônico, desde o mesmo time de futebol, o mesmo partido político até a mesma forma de entender uma determinada teoria. Claro que existem distinções e campos antagônicos, mas o principal para se conseguir avançar no conhecimento é exatamente promover o debate e não se fechar em uma única compreensão.

Por outro lado, presenciamos uma nova fase, na qual o diálogo é construído, como a neurociências e psicanálise que no início eram completamente antagônicas, atualmente percebem a possibilidade de convergência, preservando a essência de cada uma das teorias. Gerard Pommier (2004/2007), Ansermet (2004), dentre vários outros, trazem publicações que podem defender e demonstrar como esse diálogo é possível e profícuo. Assim como o conceito de epigenética que nos permite repensar todo nosso saber até então instituído sobre o campo da genética e sua preponderância.

Em meio a tantas contradições evoluímos com a possibilidade de expansão para o diálogo científico, o que motivou o Congresso e incentiva essa publicação.

Também presenciamos uma mudança profunda na forma de constituir família, de gerar filhos levando a um questionamento de nosso conceito instituído até então sobre a família e mesmo a maternidade. Atualmente adotamos o conceito de parentalidade por não podemos mais admitir que os cuidados do bebê sejam apenas uma responsabilidade e dedicação da mãe.

Em função disso com a ideia da parentalidade, no qual somos todos responsáveis pela criação e pela saúde das crianças para as novas gerações que mantemos vivo nosso Congresso Clínica de Bebê, realizamos esta publicação e convidamos a todos e todas para um momento de reflexão, de produção de novos saberes e construção de uma nova clínica.

## REFERÊNCIAS

ANSERMET, François; MAGISTRETTI, Pierre. *À chacun son cerveau: plasticité neuronale et inconsciente*. Paris: Odile Jacob, 2004.

BATISTA, C. A. M.; HACHEM, S. P. G. **Passagem: estudos e pesquisa, construindo um saber sobre a clínica de bebês**. Belo Horizonte: Artesã, 2021.

OMS. **Born too soon: decade of action on preterm birth**. Geneva: World Health Organization, 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MAENNER, Matthew J. et al. **Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years**—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*, v. 72, n. ss-2, p. 1-14, 2023.

MURATORI, Filippo. **O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras**. Salvador: Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, 2014.

POMMIER, Gérard. **Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse**. Paris: Flammarion, 2004/2007. Nouvelle édition. Flammarion, coll. Champs.

SHAW, Kelly A. et al. **Early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 years**—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*, v. 72, n. ss-1, p. 1-15, 2023.

## O Bebê prematuro, quando nasce um sujeito?

**CRISTINA ABRANCHES MOTA BATISTA**

A clínica de bebê é instigante e como diz Couvert (2022) provoca uma forçagem, uma entrada a força do analista. Nessa clínica testemunhamos a montagem pulsional de um sujeito, fato que “mobiliza o espanto e a alegria do não-saber” (Couvert, 2022).

O bebê, um sujeito em constituição, não é desprovido de linguagem pelo fato de não fazer uso da linguagem oral. O bebê fala com seu corpo e através do seu corpo. O corpo é um lugar privilegiado da expressão da pulsão e do traço (Marie Couvert, 2022). No corpo, o bebê traz sinais, faz demanda, faz apelo ao outro, um apelo dirigido a um outro próximo, aquele que faz a função de mãe, o Nebenmensch em Freud (1905). Nesta sua forma de convocação, o pequeno sujeito pede resposta criando um circuito e uma forma de linguagem entre ele e o outro próximo.

Este circuito pode ser interrompido, seja porque o bebê tem uma forma de comunicar muito singular e não é reconhecida como apelo, seja porque o outro próximo não consegue fazer a escuta daquilo que o bebê apresenta como linguagem. Nestes casos é preciso haver uma intervenção e ao atendermos esses bebês e as crianças pequenas com algum entrave temos de estar atentos, para algo que esteja interrompido neste circuito e saber escutar o que o bebê está buscando comunicar em sua singularidade e insistência.

As intervenções passam pelo corpo e pela linguagem e são realizadas por este outro que lê, acolhe e define sua conduta a partir desta escuta. Não se trata de intervenções para simples estímulo de algo que não vai bem no corpo, nem tampouco de intervenções separadas por cada especialista para depois se juntarem em uma reunião de equipe.

Nossa intervenção é realizada por uma equipe, que por vezes atua em atendimentos individuais ou compartilhados. O atendimento compartilhado é uma estratégia para permitir a troca entre profissionais, entre a díade mãe-bebê e para evitar cair ou permanecer nas armadilhas do imaginário. Além das consultas compartilhadas, os encontros para discussões de caso e supervisão representam dispositivos que permitem uma amarração simbólica para discernir isso que é do real e está em nossa clínica.

Para dizer desta clínica, que evoca o corpo trago um caso que muito nos mobilizou, nos trouxe questionamentos e um profundo aprendizado.

### A DEMANDA

Vou chamar de João o bebê que iniciou o atendimento com 1 mês e meio de idade corrigida. Os pais chegaram na primeira consulta com o semblante preocupado e a mãe alegando que não estava passando muito bem ficou mais calada. O pai assumiu a fala e disse de sua preocupação: *já li que as crianças prematuras podem desenvolver o autismo. Venho aqui porque quero fazer algo antes, não quero ser descuidado.*

Os pais se conheciam desde a adolescência e João é o primeiro filho. A mãe relatou que a gestação foi tranquila até a 28ª semana, quando apresentou um quadro de insuficiência de circulação e restrição de crescimento uterino. Desde esse diagnóstico a gestação passou a ser tensa segundo o relato dos pais e com 35 semanas foi realizado o parto cesárea. Mãe e filho permaneceram no hospital por 5 dias.

Sobre o bebê, a mãe disse: *ele é muito bonzinho, só dorme. Essa preocupação (sobre o risco do autismo) é do pai. Mas me preocupa ele não conseguir sugar e não ganhar peso suficiente, está no limite da curva.* Ela visivelmente cansada, um pouco triste, descabelada, desarrumada.

Nas primeiras consultas com a equipe: neuropediatra, psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e músico recebemos um bebê que nos parecia um pouco inerte.

A mãe o apresenta: *“ele é bonzinho, não reclama, não tem demanda, não pede para mamar”*. Olha para o filho dormindo e diz *“ele só fica assim”*. Fala que me preocupa e me deixa atenta durante a consulta.

Durante a sessão, quando é manipulado e ao ficar sem a roupa para o exame, João chora.

Ponto essa reação de João e me dirijo à mãe dizendo: *olha ele está reclamando, o que será que ele quer?* A mãe logo nomeia o choro de João: *“acho que é frio”*. Ela o veste, o coloca no colo e ele para de chorar. Digo: *“Ah! Ele quer a mamãe, então ele faz demanda”*, eu afirmo.

No segundo encontro, a mãe já retorna dizendo: *“ele faz demanda”*, descrevendo momentos que percebeu ele pedindo para ser atendido.

Importante ressaltar os dois tipos de demanda que trazemos neste recorte. A demanda para o atendimento dirigida ao terapeuta, condição necessária para haver um atendimento e uma escuta, que neste caso estava inicialmente predominante sobre o fantasma do autismo e que foi somada às questões que atravessavam João como o não sugar e não se alimentar.

A outra demanda é aquela que parte do sujeito (João) e a escuta desta demanda pelo primeiro Outro, o *nebemensh* de Freud (1905), este outro que lhe é próximo como aquele que faz a função materna e neste caso a mãe. Essa demanda representa o que o bebê, o pequeno sujeito endereça a esse outro e o que este, escuta, ou interpreta sobre esse endereçamento. Foi preciso uma intervenção para que algo desta demanda fosse acolhida pelo outro e este poder apresentar alguma resposta. Uma aposta no sujeito, aposta que existisse algo que era próprio de João para além da prematuridade, ou da probabilidade do autismo. O bebê que parecia não fazer demanda e sua demanda presente sem eco no outro poderia significar um empecilho para sua constituição psíquica.

Quanto ao sugar, percebemos no exame fonoaudiológico que ele tinha todas as condições orgânicas para sugar, no entanto, João não sugava. Como se recusasse fazer o laço com o objeto seio e com a mãe. Parece não haver um investimento pulsional, mas nos perguntávamos será que isso se dá diante de uma fraqueza orgânica ou por uma questão psíquica?

Mas também nos preocupava desde as primeiras consultas perceber que João por algumas vezes procurava a luz, o vazio e apresentava pouca troca com o outro. Nestes momentos presenciávamos uma fuga do bebê.

## NÃO SUGA, PULSÃO ORAL

João não mama, mas é empurrado o leite goela abaixo pelo ducto da relactação. Os pais se dizem cansados e dizem que evitam sair por conta da dificuldade de fazer este tipo de amamentação fora de casa. Não saem de casa e não recebem praticamente ninguém, apenas a mãe do pai os visitam uma vez por semana.

Foram tentadas várias intervenções para melhorar a amamentação e outros profissionais foram procurados em uma peregrinação incessante nos primeiros meses como especialistas em amamentação, em alergia (o que trouxe restrições a alimentação da mãe) e realizada uma cirurgia do frênulo. No entanto, João continuava sem se alimentar com vigor.

A mãe sustentava a relactação por ser uma forma de mantê-lo no seio com o leite materno e nos revelava sua angústia de deixar de amamentar: “não quero perdê-lo”. O pediatra a aconselhava a levar até onde ela suportasse.

Estava com 3,5 meses quando relato uma sessão:

João chega mais ativo. A mãe revelou que ele não quis mamar e que ele está empurrando o ducto da relactação. Mas a despeito disso, eles chegam bem e conseguimos a troca entre eles (mãe e filho). Ele no início se esquivava, mas depois volta, o espelho foi um meio possível de troca e conseguimos trazê-lo, mesmo que de forma invertida, João olhava para a mãe através do espelho, na sua imagem. Foram 40 min de troca e a mãe orgulhosa mostra as conquistas de João e como ele já sustenta o pescoço. Foi preciso uma intervenção da fisioterapia para conquistar a firmeza no pescoço. Durante as sessões presenciamos o grande esforço da mãe, buscando seu filho para que ele sustente as trocas com ela, nas brincadeiras com um chocalho ou outro objeto que dispomos na sala. Nesta sessão ela revela que já está saindo um pouco mais, inclusive se permitindo a ir a algum restaurante quando ele está bem e mamou o suficiente, começou naquela semana a sua ginástica. Diz que gostaria que sua mãe (avó de João) fosse mais presente, mas entende que ela perdeu a mãe (avó da mãe de João) e que “*este é o jeito dela, ela não consegue muito cuidar, quer ser só avó*”. A mãe fala emocionada da perda da sua avó 10 dias antes do nascimento de João. Neste momento em que ela fala de si, de sua angústia com essa perda, percebo que João, que estava no tatame entre nós vira a cabeça de um lado para o outro como se as palavras fossem reais e estivessem passando por ele. Não virando a cabeça para nos ver, como se apenas acompanhasse o som, volto a colocá-lo no centro da cena e a nos dirigir a ele. Ele fica irritado, chora e recusa o contato, pela primeira vez pergunto a ela sobre essa dificuldade de troca que João apresentava, pois até então os pais não falavam disso, apesar de percebermos os momentos que João se esquivava nas sessões. Chamo de “escapulidas” e pergunto se tem acontecido muito em casa, ela diz que sim e que o pai ficava muito preocupado quando acontecia.

Neste momento, ela interpreta o choro como sendo fome e pede meu consentimento para dar de mamar e com minha anuência, ela pela primeira vez oferece a mamadeira. Ao dar a mamadeira e ele aceitar e sugar, ela começa a chorar enquanto ele mamava. Presencio essa cena dela chorando dando de mamar, mas percebo que neste momento João faz uma troca espontânea, sustentando o olhar durante a mamada e ao mesmo tempo segurando a mão da mãe.

Marco isso que vejo uma linda troca de olhar entre eles e ela fica mais emocionada e disse que eu tinha razão quando eu lhe disse que a dificuldade do desmame era mais dela do que dele (confesso que não me lembrava de ter dito algo semelhante, mas se ela escutou é efeito do tratamento). Em seguida afirma: “agora sei que não vou perdê-lo e posso dar a mamadeira”.

Nesta sessão foi possível perceber um primeiro tempo pulsional visível e presente, com a pulsão escópica, pulsão oral e pulsão tátil (como define Couvert, 2022) se entrelaçando. Este enodamento do campo pulsional é fundamental para operar a montagem pulsional, de fato os campos pulsionais não estão isolados e este entrecruzamento pulsional é algo que fortalece a inscrição pulsional e a saída para os bebês que apresentam um retraimento, como João, o que nos anima na condução do tratamento.

Mas, quando termina a mamada, João se esquivava, a troca com o outro continua fragilizada.

Fico com a impressão de que ele sentiu o choro da mãe. Foi muito para ele? Talvez algo da empatia que Laznik ressalta que é tão presente em bebês que têm risco de autismo.

A recusa ao sugar seria uma forma para colocar limites à intrusão materna? Querer mantê-lo preso a ela, ligados pelo seio e ausência de apetite relacional significava colocar um limite a isso? Outras hipóteses são levantadas, será que houve uma depressão pelo luto da avó? Somado ao luto da gestação tranquila? Agora com a perda da continuidade da ligação pelo corpo, pelo leite, seria nova perda? Novo luto? João assume uma posição depressiva diante deste histórico e traz os entraves para comer, sorrir, apresentar demanda, ou investir seu corpo libidinalmente?

No entanto, podemos aferir que se João empurrou o ducto era porque este já havia sido admitido e pôde ser recusado, o sugar não significava apenas o leite para se alimentar e sobreviver era para o corpo se tornar vivo.

## O SILÊNCIO E O GRITO

João continuava recusando a troca em alguns momentos, falando pouco nas sessões e com alguns outros entraves no corpo, mas aos 5 meses e meio apareceu uma novidade: O grito. João acordou chorando e segundo a mãe um choro diferente que ele nunca havia apresentado desta forma, ele gritava diz ela. O bebê que só dormia, agora não dorme mais, ele passa a chamar, a gritar pelo Outro.

O grito, como se fizesse apelo para que a mãe acorde e perceba seu apelo. Para ter uma resposta deste outro, algo correlato ao real.

O apelo que significa a presença da falta, pois só existe apelo se há ausência. “O apelo se faz escutar, quanto objeto não está lá... o apelo, já é uma introdução totalmente engajada na ordem simbólica, à palavra” nos diz Lacan (Lacan, 1995, pág. 186). Um jogo no campo simbólico que tem uma característica frustrante, no campo da frustração. A criança busca na satisfação anular o que há de decepcionante no jogo simbólico, na captura oral do objeto real do objeto de satisfação, no caso, o seio. O grito representa um meio de linguagem que faz ato.

No entanto, o chorar e não dormir é mais um elemento de preocupação e de investigação pelos pais. Novos especialistas são procurados, se chorava por alguma dor para averiguar se era refluxo ou se havia alergia.

Destaco uma sessão, em que ele está com 5 meses com psicologia e terapia ocupacional:

Chega cansadinho da vacina. Logo que colocamos no tatame faz troca de olhar, converso com ele sus-tento o olhar e ele cansa rápido, chora e recusa a troca. A mãe coloca no colo e diz que é em função da vacina. A sessão se passa com ele no colo da mãe e ele de frente para o outro e não para aquela que o carrega. Em outro momento a mãe lê o desconforto como a necessidade de amamentar. Basta os seios dela para ele se acalmar, o seio passa a ter outra função não é mesmo o objeto para atender a necessidade, mas para atender a sua demanda e troca com a mãe, visivelmente um objeto pulsional.

Presenciamos nas sessões seguintes como algumas trocas são cada vez mais presentes.

Após uma viagem dos pais, aos 7 meses na qual ele dormiu na cama com a mãe, ela percebe que se ele está encostado nela ele dorme quase toda a noite. Marco que o não dormir poderia significar não querer se separar dela, o que ela consente.

## **CORPO ATIVO E SUA “PREGUIÇA”**

Nos chamava a atenção desde o início a falta de sorriso, o bebê sério, o bebê com poucos movimentos, será um traço de João? Como salienta Marie Couvert (2022) o traço é o que possibilita um primeiro tratamento do real para o bebê. O que representa uma demanda do sujeito a uma resposta ao outro próximo. Era algo que ele queria nos dizer, uma defesa para aquilo que lhe parecia insuportável, era sua forma de estar a trabalho.

Podemos afirmar que nosso primeiro tempo de trabalho compreendeu uma espécie de reanimação psíquica, respeitando sua escolha e sua tolerância às nossas intervenções. Foi percebido uma dificuldade para posicionar e sustentar a cabeça, sem outras alterações do tônus corporal. Não mobilizava o corpo com destreza e os movimentos globais eram muitos pobres e desarmoniosos. João busca o objeto com muita dificuldade e foram necessárias sessões com fisioterapia, música e terapia ocupacional para que sustentasse a cabeça, virasse o corpo e buscasse os objetos, explorasse as mãos e enrolasse os pés.

O fato de sustentar a cabeça lhe permite fazer mais trocas e observar seu entorno. Com a ativação dos movimentos globais passa a buscar os objetos e descobrir o próprio corpo. Ele fica cada vez mais ativo

na música e na troca, se interessa pelo instrumento desencadeia uma linguagem com o instrumento e depois com o músico, procurando imitar a batida no tambor. Apesar de ainda precisar se esquivar da troca com outro por alguns momentos, ele passa a tolerar por mais tempo as trocas e em determinados momentos a convocar o outro com um balbucio.

Com 8 meses, a mãe passa a chegar com ele virado para ela e ele de forma ativa quando não quer mais mamar empurra a mamadeira. “*Ele não precisa mais dos seios*” diz ela.

João passa a explorar todo o espaço e as pessoas que fazem o atendimento. Faz trocas carinhosas e começa a estranhar quando a mãe não está muito próxima. O choro para ser atendido se torna bem diferenciado e dirigido a ela. Precisa sentir o toque da mãe e se encosta nela durante as consultas ao fazer uma determinada ação com alguns dos terapeutas.

A troca linguística começa a aparecer mais cedo nas sessões e a mãe revela que antes que não falava durante as sessões, bastava entrar no elevador do prédio da clínica que começava a sua prosódia (ficava tagarela, diz ela). Será que a elaboração da fala vinha depois com a ausência do outro, como um apelo? Como uma elaboração da falta, do fim da sessão?

O movimento e apropriação de seu corpo acompanha todo seu investimento pulsional: no primeiro tempo pulsional mais ativo na busca do objeto e no segundo tempo na exploração do próprio corpo, como uma atividade reflexiva. A falta de eros que se percebia antes em seu silêncio e a falta de sorriso são suplantados, o regozijo diante do espelho o balbucio para si são montagens que podemos testemunhar neste segundo tempo mais reflexivo, talvez um espelho que começa a permitir encher o vaso vazio de um corpo que estava até então sem investimento com objetos que lhe colore de uma imagem cheia de vida.

Começamos a perceber algo se estruturar a partir do espelho como uma inscrição narcísica no campo do Outro. Se olhar no espelho, conversar com a imagem e ser confirmado pela mãe. Pedir a mãe, trocar o olhar e se ver no olhar da mãe diante do espelho. No filme caseiro enviado pela mãe percebemos ele falando muito e buscando a certificação no olhar do outro e em seu consentimento e validação e provoca este outro para fazer a troca.

Com 10 meses começa a arrastar antes de engatinhar e a se arrastar atrás de objetos pela sala de forma ágil. Mas esta é mais uma preocupação para os pais, pois estes questionam se ele não deveria engatinhar antes de andar. Aparece o significante preguiçoso por ele não conseguir sustentar o corpo nos braços na posição de gato para engatinhar, o pai diz “ele é um pouco preguiçoso, isso não é autismo, pode ser o jeito dele”.

No entanto, ainda nos preocupava por não perceber o terceiro tempo pulsional em João, como Lacan o descreveu: como uma passiva ação do sujeito, isto é, o sujeito provocar o Outro e se colocar como objeto de gozo para este Outro. Não percebíamos isso em João nas suas trocas com o outro. Desenvolver este terceiro tempo pulsional é necessário para a montagem pulsional e constituição subjetiva, Laznik destaca que em sua pesquisa foi verificado que não ter acesso a este terceiro tempo seria uma condição

das crianças que desenvolveram o autismo. Até então, em João presenciávamos o prazer o sorriso em ser olhado e ser tocado, mas ainda não em se fazer olhar ou se fazer ser tocado.

Foi pela pulsão escópica que percebemos algo do terceiro tempo pulsional, João começa a se fazer ser olhado, fazendo bichinho, buscando o olhar e o prazer do Outro, nos provocando para ser visto e nossa reação de prazer.

Os pais começam a perguntar sobre o final do acompanhamento, colocando limites ao atendimento, será quando ele engatinhar? Quando ele andar?

### A BUSCA PELO OUTRO, OS BALBUCIOS, O ANDAR E A SAÍDA

Os pais fazem uma viagem ao exterior para comemorar o 1 ano de idade corrigida de João. Mãe volta com novidades revela que o pai é pouco participativo nas atividades da função materna e segundo ela isto foi muito pesado durante a viagem. Revela que esta função foi sempre dela e mesmo a gestação foi algo que ela bancou. Esta foi sempre adiada por ele, primeiro buscando um melhor momento profissional para os dois, depois precisariam fazer as viagens planejadas e por fim uma reforma no apartamento para caber mais um. Reforma que ela dia ter assumido para sustentar seu desejo de um filho. Mas nesta viagem, a sua posição de manter sozinha a maternagem ficou evidente, sem a babá e com pouca participação do pai, pela primeira vez ela se queixa. Acha que é algo da família dele, *eles são todos mais afastados*, diz ela, o contrário da sua que os qualifica como *mais apegados*. Ela revela que era muito próxima da mãe, é a caçula de 3 filhos e sempre dormia com a mãe quando o pai viajava a trabalho. Marco que então esta é uma repetição, o João está fazendo como ela. Ela consente e volta a dizer o quanto a mãe fez falta na primeira semana em casa com o bebê, se emociona e queixa: *foi quando mais precisei dela*. Durante essa viagem ao exterior João demandou muito a presença da mãe, chorando quando ela não estava por perto. Ela diz que algo do prazer de estar junto se perdeu. O filho bonzinho preencher o vazio, não está mais tão disponível.

Na sessão seguinte chega dizendo que João já dorme um pouco melhor, ela diz que depois de nossa última sessão e com uma pediatra especialista em sono conseguiu descobrir uma saída. Até então ele só dormia no colo de alguém, principalmente o dela, agora, ela se deita com ele na cama, apesar de estarem juntos na cama saiu do colo e alguma separação se operou. Parece que ela também está conseguindo se separar e permitir que ele durma. Ou será que é ele agora que pode se distanciar, depois de consentir a passagem pela presença deste outro? Notamos uma outra amarração possível para João que já está engatinhando e andando com apoio.

Durante as brincadeiras de iniciar o andar estando próximo e distante da mãe, entrando e saindo do consultório ele faz sua prosódia. O andar significa querer se afastar deste outro ir em busca de outro objeto e objetos que o movimenta, a Lalingua está presente, em sua lalação, uma língua sua, vazia de sentido, mas que já aparece quando está em jogo a presença e ausência, o sumir e aparecer. João já nos apresenta outro tipo de trabalho subjetivo.

A baixa tolerância à frustração (como uma questão da experiência do intervalo, da ausência) continua presente e é mais um ponto a ser trabalhado, João não suportava ficar longe da mãe, ou a perda do objeto, ele chora, puxa os cabelos e até bate a cabeça. A mãe tenta acalmar a angústia de João nestes momentos, trazendo-o para seu colo.

Presenciamos o desencontro da pulsão no encontro deste bebê e seu par parental. Um bebê que não obedece a imagem idealizada do par parental, o bebê que não tem mais a mãe o tempo todo, o pai que o via como um companheiro que não iria modificar a vida a dois e que não tem mais este companheiro ou mesmo sua mulher à disposição, esta agora é mãe, uma mãe que não tem o marido nem mesmo o filho perfeito.

O espelho mostra uma série de falhas. Na viagem para o exterior ficou evidente a dificuldade da vida a três.

É neste momento que eles interrompem o acompanhamento dizendo: precisamos tentar dar conta dele, até aqui foi sempre com muitos médicos e especialistas; falam das conquistas, das trocas e das conversas de João e se despedem com a promessa de voltar se precisarem novamente.

Saem depois de 1 ano, de tratamento, ele falante de sua forma, balbuciando e procurando andar agarrado a sua mãe. Ela linda, cheia de vida, apesar de ainda se dizer cansada por dormir pouco. O pai dizendo que João está manhoso, *tudo isso é manha, acho que não é mesmo autismo!*

## REFERÊNCIAS

- COUVERT, Marie. **A clínica pulsional do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2020.
- COUVERT, Marie. **Le bébé analysant. Une clinique du trait**. Toulouse: Editions érès, 2022.
- FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. (1905a). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Jayme Salomão (Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VII, p. 121-252. (Trabalho original publicado em 1905).
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 4: a relação de objeto (1956-1957)**. Dulce Duque Estrada (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.
- LAZNIK, Marie. C. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

# O bebê é um corpo?

## Uma questão prévia ao tratamento de bebês

ANGELA VORCARO

### INTRODUÇÃO

Retomo a interrogação psicanalítica acerca da distinção do *corpo do bebê* como *fato* condutor da implementação de práticas que autorizam o clínico a incidir diretamente em um *infans*. Vale notar, primeiramente, que a acepção de *infans* a que me refiro é tributária da leitura de Lemos (2024), que ressalta a relação estabelecida por Lacan (1976) entre *fatum* e *infans*. Tendo em comum a mesma raiz, ambas implicam *o que é falado*, assim explicitando que *a criança é falada, antes de falar*. Desta forma, ao destacar o *corpo do bebê* como *fato que define uma prática*, inclui-se não apenas aquele que é falado antes de falar, mas também a fala do clínico que dele fala, antes dele mesmo falar. Todavia, na medida em que não exerço a clínica com bebês, não pretendo questionar a eficácia que tais práticas podem assumir e nem mesmo os contextos que a exigiriam. Reservo-me à interrogação da *noção de corpo* recrutada por algumas modalidades clínicas que nele incidem.

A perspectiva evolucionista darwiniana da seletividade natural atribuiu ao corpo humano o fundamento da *adaptação adequada* ao ambiente: o aparato do corpo teria potência mediadora suficiente para garantir a preservação da espécie humana no ambiente que lhe é hostil. A caução científica da física newtoniana, de que *a uma ação corresponde uma reação igual e contrária*, foi localizada no funcionamento fisiológico da unidade corpórea, promovido pelo arco reflexo basal.

A descrição desta regulação fisiológica homeostática do organismo dotado de sensibilidade e de motricidade coincidiria com o corpo, mantendo os fundamentos certificados pela *reação instintiva* em que se desvia do que não pode conter.

Localizada na base genética de sua hereditariedade, a noção de *instinto* aí recrutada, comporta a predisposição inata para ações padronizadas como efeito do impulso interior e natural do *corpo* biológico que reage para manter-se vivo. Entretanto, atestar o resultado do *instinto* como o que permite a subsistência da vida, o encobre como um dado natural sem nada informar de sua lógica.

Igualmente, a noção de vida também se mantém em impasse. Definida desde Bichat (1771-1802) como *o conjunto das forças que resistem à morte*, esta concepção de vida nada indica sobre as forças que a sustentam. O enigma da vida persiste inapreensível, a despeito da constatação da diversidade de efeitos que a testemunham.

A despeito de partilhar o solo evolucionista, a aproximação freudiana à temática da vida, ressaltou seu estado de urgência “*die Not des Lebens*”, ou seja, a imposição de pressão. Abstendo-se da função de defini-la e delegando esta tarefa à fisiologia, Freud (1915[2013,p.27]), todavia, considerou sua pertinência indelével, rastreando seus efeitos, tratando-a de modo inédito e pleno de consequências. Introduzindo, na vida, a condição de sua conjunção à presença do *Nebemnench* (Freud, 2003 [1985]), o outro ao lado, constatou a insuficiência do *arco reflexo estímulo→motricidade* para dissolver a premência da vida, e instituiu o *circuito* inconsciente em que *vida↔outro se incorporam* no ‘Eu’, que, só por isso, pode se supor no corpo que ele tem. A realidade da composição conflituosa entre as funções da identificação e da pulsão distinguem, então, o *corpo* fracionado que se destaca do *organismo fisiológico* que o suporta. O corpo é, então, efeito do modo como a conjunção-disjunção de processos identificatórios e pulsionais que se combinam singularmente, no espiralamento do circuito vida↔outro.

### O CIRCUITO VIDA ↔ OUTRO

No campo filosófico que entendia o corpo como um “*princípio autógeno portador de seu próprio sentido*” (Assoun (1993 [1966, p.175]), a consideração da *vesícula viva* da substância excitável foi tomada por Freud (1920 [2010, p.187]) na condição de *protoplasma*, com suas propriedades de *irritabilidade, condutibilidade e contractibilidade*. Considerando que tais propriedades *definem as reações* da substância viva a *excitantes mecânicos, físicos e químicos*, desde suas primeiras formulações, Freud (2003[1895]) localizou a especificidade da substância do organismo humano na função biológica de *conservação de sua própria inércia*, relacionada ao “*princípio econômico de poupar esforços*” (Freud, 2004, p. 67 [1911]). Nomeou a economia preservativa do rudimento nervoso como *Eu-Real [Real Ich]*, ou seja, um eu biológico constituído pela *resistência* ao exterior, tendendo a anular a diferença entre repouso e movimento, devido à bipartição fisiológica de nervos sensoriais *aférentes*, que recebem estimulações externas e nervos motores *eferentes*, que descarregam tal estimulação. Fazendo vigorar um equilíbrio homeostático, esse rudimento nervoso mantém a integridade biológica do organismo.

Perfazendo em um *arco-reflexo* esta atividade inespecífica, o rudimento nervoso inverte a carga de choque recebida para *proteger-se* de danos. Mesmo que esta função neurônica primária do *Eu-Real* limite-se a coincidir com a homeostase, sendo indiferente ao ambiente, Freud (2013, p.21[1915]) reconhece, nesse ricochete, a possibilidade de um posterior delineamento da distinção do exterior. A colisão de cargas exteriores de estimulação com o organismo o tensiona, causando o desprazer que, todavia, é imediatamente contraposto ao prazer da descarga. Estabelecendo a direção da força aplicada ao organismo (*exterior→interior*), o arco reflexo difunde a carga que o atinge, conduzindo seu trânsito devido às *facilitações* do contato entre neurônios que, por serem *permeáveis* entre si, recebem cargas externas pela via nervosa aferente até a motricidade eferente que a descarrega, entregando-a. Perfazendo um *arco*, o reflexo neutraliza e, portanto, regula a quantidade dos estímulos que atingem o organismo. A repetição desta vivência estabelece vias de escoamento conservadas em trilhas privilegiadas que mantém o organismo afastado das fontes de excitação, efetivando a tendência à inércia qualificada como prazer.

Esta tendência não é, contudo, a única relação do organismo com estímulos. Freud (2003 [1895]) discerniu um outro modo de junção do organismo ao ambiente estimulador que, desde o começo, *viola* o processo primário orientado pelo equilíbrio homeostático. Trata-se da *urgência imperiosa da vida*, oriunda do próprio organismo, pressionando-o continuamente, sem que tal mobilização seja dissipada pela reação de descarga que reestabeleceria seus fundamentos biológicos. A única ação que pode neutralizar esta modalidade endógena de pressão é a *ação específica* empenhada por outro humano, o agente externo que dele se avizinha e nele reconhece um estado difuso de desprazer, a que responde efetivamente.

A *comunicação* que, assim se estabelece, é atribuída, por Freud (2003[1895]) aos *motivos morais* com que o outro humano se posta ao lado do filhote humano. Esta vizinhança próxima permite a identificação da pressão vital que o outro contempla com *ações específicas*, orientado pela organização simbólica de seu ato singular. Nesta medida, o outro concebe o organismo a partir de valores simbólicos, ele toma este organismo no corpo da linguagem que o veste: *é como um corpo*, ou seja, sendo falado de outro lugar, que o outro insere um corpo *infans* na linguagem, como corpo falado. Constata-se, portanto, que o corpo do filhote humano implica a extensão ao outro que atesta, aborda e cuida da vida com a trama de instrumentos transmitidos aos que habitam o campo simbólico. A pressão da vida se coaduna aos valores (motivos morais) do outro que *sabe fazer com isso*. Intercedendo no corpo *infans*, o outro resgata o sentido que já atribuía ao ser, antes do nascimento, bem como o investimento antecipatório em seu futuro. Desde a própria função primária em arco reflexo, o funcionamento do outro já lhe atribuía a estabilidade inteligível de uma ordenação concatenada pelo circuito simbólico, contornando, na morada da linguagem, a nudez da vida, para que ela continue.

Por sua vez, a estimulação endógena tem implicação paradoxal. Ela rompe o alicerce do arco reflexo da *reação* de descarga, pois a pressão da vida exige recrutar uma modificação específica indireta que só uma alteração do ambiente pode proporcionar. Trata-se da ação externa que *responde* precisamente ao acosso dos estímulos endógenos, ou seja, ação afetada por esta urgência a ponto de conciliar sua ação às condições do organismo que, por isso, pode assimilá-la, para apaziguar a tensão que o acomete.

Portanto, na medida em que o outro se posiciona como *endereço* da premência e efetivamente *responde* a ela, ele rompe o arco meramente reativo do organismo, conduzindo a especialização de um núcleo neurônico diferenciado, capaz de investir na busca daquela ação específica que vem de outro lugar que não da própria descarga eferente: vem do lugar do outro. Para prescrutar o ambiente e localizar a possibilidade desta resposta, o núcleo neurônico *retém* parte da carga de estimulação interposta ao arco reflexo, evitando o livre escoamento da estimulação. Provisionado por esta reserva acumulada, este núcleo estende a unidade orgânica para além de seus limites biológicos, de modo a atentar-se à vizinhança externa em que sonda as possibilidades de reencontro da satisfação.

Discernindo um *investimento ativo na busca* do que pode contemplar a satisfação, Freud (2003[1895]) reconheceu aí a vigência de um *processo secundário*. Rastreado o ambiente e nele localizando a ação que requer, o processo secundário orienta-se em *oposição à inércia neutralizadora*, mesmo que, como ela, oriente-se pelo prazer da satisfação. A plena facilitação da passagem da carga entre neurônios é limitada

por *barreiras* de contato que reduzem o funcionamento do arco condutor de quantidades. Desvencilhado do imediatismo do reflexo, o sistema complexifica-se, diferenciando a *instância de percepção* (restrita a transmitir cargas intercelulares) da *instância de memória* (que captura cargas permanentemente, por meio do registro de traços percebidos), constituindo uma nova organização.

O estabelecimento de um centro que pode reter resíduos das experiências em *traços mnêmicos* diferenciam um *aparelho  $\psi$*  com leis de associação mais complexas, distintas da mera transposição neurônica entre os neurônios do sistema aferente-eferente. Novos investimentos de carga sobre estes traços retidos os *associam, por contiguidade ou por sucessividade*, franqueando a *memória* que pode recuperá-los. Em sua precariedade esse sistema de notação limita-se, primeiramente, a assinalar apaziguamentos, mas não registra as tensões que antecedem os traços das satisfações assim comemorados, nem diferencia interior e exterior. Entretanto, ele franqueia a distinção do Eu biológico como *Eu-prazer [Lust Ich]*: sem localizar a procedência, estará votado apenas ao registro da satisfação, acurando-se como *Eu prazer purificado [Lust-ich Purifiziertes]*, tomando para si a marca distintiva do prazer que incorpora do exterior e expelindo, isolando como estranho, o hostil (desprazer [*Unlust*]), no exterior. Inicialmente apenas excluído pela descarga que só registrava satisfação, o desprazer é então distinguido como resto inassimilável irreduzível e encapsulado em uma vala inapreensível. O desprazer é tratado *internamente* como referido à exterioridade, assim estabelecendo o fundamento do *não-eu*. Inassimilável, o elemento estranho ao prazer foi contido e isolado no interior que, então, o representa como externo ao Eu.

O encadeamento dos elementos da ordem simbólica envolve grande parte da excitação de cargas que são, para Freud (2003, p.194 [1895]), a “*mola impulsiva do mecanismo psíquico*”. A partir do seu registro em indicadores primários desordenados, o trabalho do aparelho psíquico os atrela por continuidade e sucessividade, substituindo-as por representações que lhe dão passagem ao exterior, depois de encadeados pelo trabalho psíquico (Freud, 1986[1896]).

As excitações enleadas pela trama simbólica articulada pelo tecido das imagens incluem o ser no laço social, a despeito das fendas de suas articulações revelarem fissuras que estancam a fluidez do sistema. Nestas lacunas, o resíduo de excitação indiscriminada e persistente mantém indiscernível sua origem interna ou externa. Freud (1976, p.73[1894]) diferenciou estas cargas residuais como *afeto*, uma quota de excitação que insiste em pressionar o *trabalho psíquico*, mas estas sensações persistem indistintas e isolam um cerne irrepresentável. Enquanto o que é registrado na memória é admitido simbolicamente por meio do Juízo de afirmação (*Bejahung*), o afeto adverte que algo estranho resta suspenso (*Austossung*), mas insistente: a coisa, *das Ding*, sempre reencontrada nas demais experiências, constitui rompimento na instância de registro dos signos.

Esta descontinuidade também concerne a perda do objeto de satisfação quando o despertar de novos limiares de carga se deparam com uma lacuna que o induz a recorrer à memória dos *signos* de satisfação. Na lacuna que demarca a ausência da especificidade da ação esperada, os traços retidos podem antecipar a satisfação por meio da formação de imagens que, intensamente reenlaçados, são *alucinadas* (Freud 1911[2004]). O expediente da *alucinação* promete satisfazer, mas o estado de desprazer do organismo

persiste e indicia seu fracasso. Entretanto, é o malogro desta experiência de alucinação que provoca o discernimento entre memória (o registro que representa, que pode ser lembrado via alucinação) e presença atual imediata do objeto da satisfação. Tal distinção é estabelecida pelo *juízo de existência* (Freud, 2019 [1925]), implicando a função da *atenção* (Freud, 2004[1911]), em que os objetos são percebidos, comparados aos traços registrados, certificados ou descartados. Novos objetos suplentes orientam e prometem a possibilidade de satisfação, permitindo a persistência da busca no exterior.

Freud (2011 [1921]) especifica as ligações do Eu por meio de processos identificatórios, cuja primeira forma se faz por incorporação direta. Talvez se possa situar aí o rompimento do arco reflexo pelas cargas endógenas que atrelam o outro no circuito simbólico do *Eu prazer purificado*, pois esse circuito depende da incorporação de traços do outro que formam e balizam o Eu. O Eu toma corpo, assim franqueando sua distinção como consistência interna em constraste ao mundo externo. A ideia que se tem do nosso corpo sobressai da percepção (do mundo externo e das próprias sensações) devido a que “*O Eu é sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas, ele mesmo a projeção de uma superfície*” (Freud, 2011, p.32[1923]).

## O CORPO ENODADO

Definido por falar, o ser humano diferencia-se dos demais animais, dirigidos por instintos. A função da *fala* é efeito do campo da linguagem, ou seja, se ordena por meios simbólicos, registro próprio e distinto daquele suposto na natureza. Além da sobrevida estabelecida no circuito vida↔outro, é como agente da linguagem (Outro) que o outro franqueia o laço social: no ser humano, a pressão vital só se mantém transvazada pela especificidade tramada pela ordem simbólica que a inclui, alheia à rigidez da fixação instintiva. Regida por leis que inventam e demarcam elementos de suporte (significantes, imagens e letras que os condensam) em permutações e combinações que resultam em significâncias imprevisíveis, a linguagem causa posições subjetivas incomensuráveis. Enfim, a sobrevida do filhote como *ser falante* não está contida no esquadramento da *forma fisiológica* que o imagina.

A subversão epistemológica de Lacan (2022[1975]) discerniu, no legado freudiano, o *corpo* que funda *outra ideia de espaço*. O psicanalista localizou a combinatória tríplice que enoda vida, morte e corpo em um modo de travamento, talvez respondendo a sua interrogação do corpo como lugar em que a *vida se agarra a morte para não passar* (Lacan, 2003[1961-62]).

O espaço esvaziado desde Descartes como uma extensão em que os corpos estariam depositados, foi revirado pela topologia lacaniana, considerando a flexão que o corpo de linguagem comporta. São as especificidades dos seus movimentos que circunscrevem seu espaço, na *elasticidade* cinética que confere *estabilidade* a sua consistência. Seja nas diversas formas imaginárias que assume, seja nas concatenações simbólicas que o nomeiam, seja na unicidade singular e inapreensível que o sustenta, o corpo do ser falante não se aloca no espaço cartesiano que apenas parece ocupar. No turbilhão em que imaginamos e nomeamos *corpo*, a vida se contorce, estira-se, redobra-se e encolhe-se para

*agarrar-se enganchada*, atravessando e sendo atravessada pelos corpos simbólico e imaginário heterogêneos de que a vida se avizinha.

Um corpo imaginário, um corpo simbólico e um corpo vivo se retorcem e se flexionam a três para definir o espaço do ser falante. Assim, o corpo do registro *simbólico* equaciona-se no estiramento do movimento regido pelas leis que encadeiam e ordenam elementos discretos e substituíveis, *tramando as cordas de uma rede descontínua e*, portanto furada, destacando a dimensão do espaço que lhe é própria. O corpo *imaginário* de valores sobrepõe-se à trama simbólica, encobrindo e preenchendo-a como uma dimensão de tecido consistente de sentidos. Entretanto, a conjugação da deformação tecida na trama da rede encobre e sustenta algo que a corta, algo cuja apreensão é impossível ao simbólico e encoberta pelas formas imaginárias.

A maleabilidade desta combinação a três franqueia as inflexões da linguagem, em que o espaço demarcado pela trama simbólica preenchida pelo tecido imaginário, demarcam e vestem a dimensão *real* que ali insiste e ex-siste, em exclusão interna, só testemunhável no incômodo modo de estranheza.

A emergência da vida é acontecimento Real que fura a linguagem, *habitat* do ser falante (Lacan, 2022, p.59 [1974-5]), que o conota e o registra, ao avizinhar-se dele: na linguagem, “*a vida é furo do real*” (Lacan 1998 [1966, pp. 624-625]). A vida separada pelo corte no cordão umbilical é imediatamente destacada no simbólico e formatada no imaginário, e assim abarcada pelo termo “*bebê*” que nomeia sua compleição corporal, modificando o modo de apresentação do *feto* que parasitara o corpo materno.

O real da vida constitui a fenda que suporta a trama simbólica tecida de imaginário, como um furo anzoleado. Enganchados pelo real, a trama simbólica desvitaliza parte da imposição vital, substituindo-a pelo que imagina preencher. Assim, as conjunções simbólico-imaginárias também perfuram a vida enganchando-se nela para suportá-la: a vida é distinguida pelo simbólico e reconhecida pelo imaginário como manifestações de um ser. A coisa real da vida, impossível de ser dita é aparada pela função significativa que sacrifica algo da vida nua *mortificando-a* ao fazê-la representável para que seja transmitida como demanda dirigida ao Outro.

Agarrados pela vida, os saberes do imaginário e do simbólico a substituem em parte: mortificam-na, mas algo dela insiste *sem cessar de não se escrever* (Lacan, 1976-77, p.102). Algo da vida escapa ao simbólico e ao imaginário, é real cujo *saber é insabido* (Lacan, 1992, p.14[1969-70]). O registro real da vida se engancha nos registros simbólico e imaginário para segurar-se, ou seja, *para não passar*.

Interrogado pelo real da vida que se agarra nos flancos do turbilhão da morte, se retorcendo para apreender o objeto de seu desejo que escapa e se esquiva, Lacan (2003, p.335[1961-2]) constrói a combinatória do nó que engancha os registros Real, Simbólico e Imaginário, agarrados em um travamento tríplice que encurrala a causa de desejo (Lacan, 2022 [1975, p.68]), que só se distingue como defeito de realização. A estrutura deste enlaçamento a três, na escrita lacaniana de um nó, formalizou a lógica do que Freud havia nomeado como *realidade psíquica* resultante do complexo de Édipo. A *conjunção tríplice* concernida neste nó tem, ela mesma, uma *consistência real*, pois o fundamento insabido do que ata em nó e o

desata, na deriva em que os três elos perdem a sustentação mútua, é efeito da incidência de um único rompimento em um destes elos.

O registro real do *corpo vivo*, do que não se sabe o que é, fisga e é fisgado tanto pelo registro do *corpo imaginário* que lhe dá forma e sentido, quanto pelo registro do *corpo simbólico* que os concatena. Os três registros se engancham na combinatória triplíce de três dimensões que assim encurralam o incomensurável objeto causa do desejo.

O acesso ao corpo restrito ao registro *simbólico* pode descrever seu funcionamento fisiológico, mas não garante que o corpo seja vivo, pois qualquer estrutura fluida ou sólida, orgânica ou inorgânica pode ser nomeada corpo (a exemplo do corpo de bombeiros).

O acesso ao corpo delimitado apenas pelo registro *imaginário* toma sua unidade ou parte *como um todo*, que vale em todas as circunstâncias, o que supõe a homogeneidade de seu valor de troca (Lacan, 1976-77, p. 19). Enfim, a unidade imaginária nada garante do vivo nem do singular, pois: “*não há todo senão crivado e peça por peça*” (Lacan, 1976-77, p.19).

Entretanto, esses dois modos de acesso ao corpo estão presentes na *pulsão* que trata, por meio do circuito concatenado e da imagem do objeto de desejo, um funcionamento que *recalca* o fundamento da pressão que a sustenta. Estão, também, presentes nas *identificações* que encobrem o vazio de que partem.

Para Lacan (1976-77, p.12): “*há um corpo do Imaginário, um corpo do Simbólico..., e um corpo do Real, que não se sabe como aparece*”. A própria consistência do corpo é combinatória real de três dimensões perfuradas, de modo que o furo de cada uma tem continuidade na dimensão que a perfura, em uma vizinhança enganchada que faz o nó do corpo. Nele, a incidência do registro real da vida é recalcado na forma imaginária e na discretização simbólica, mantendo-se insabido.

A especificidade de cada um desses três registros em relação aos dois outros é sua *coexistência em distinção mútua*, o que impede qualquer ordenação ou hierarquia prévias: são registros *cardinais*. Seus distintos modos de apresentação aparente encobrem a estrutura topológica que tensiona três registros na consistência enganchada que os constringe amarrados, suportes que se travam em uma amarração.

## PARA CONCLUIR

A riqueza do arcabouço freudiano que indica a obscuridade da fronteira do Eu sem limites claros (2010[1930]) é, muitas vezes resgatada pelo clínico, em seu modo de junção ao corpo do bebê, considerando as práticas clínicas em que o corpo do bebê é traduzido imediatamente idêntico ao que a percepção do clínico destaca como totalidade dispersa ou unificada em que ele distingue aquele corpo.

Advertidos da triplicidade em que o nó do corpo consiste, é preciso sustentar a interrogação do modo singular no qual, ao incorporar a imagem em que a alteridade simbólica o concatena, o corpo vivo se encarna, amarrando o corpo simbólico e o corpo imaginário para para flexioná-los à sua maneira.

Talvez, esta abordagem interesse ao clínico que interroga as modalidades de registro pelas quais ele se inclui neste corpo sobre o qual ele age, traduzindo sentidos. Afinal, como seu ato distingue o *corpo do qual ele fala* do *corpo que fala*?

Desprezar esta interrogação é desconhecer que o clínico está incluído no sintoma que supõe constatar como um *déficit* em um corpo obscuro, ou seja, que se mantém indistinto em relação ao *déficit* ressaltado. Mesmo que só a presença do corpo compareça na clínica, um sintoma não é um *déficit*, mas, ao contrário, é “algo que se assinala como um saber já ali, em um sujeito que sabe que isso lhe concerne, mas que não sabe o que é” (2006, p. 333[1964-65]).

Portanto, não se trata de exercer uma prática de evidências, em que justamente, o clínico evita, e assim tampona, a inclusão de sua posição na transferência, no lugar em que participa do sintoma por localizá-lo na trama corporal que ele define e discretiza. Afinal, “de uma metade do sintoma é ele que tem o encargo” (idem).

Evitar a problematização de seu modo de participação no sintoma do analisante pode conduzir o clínico a uma prática da proliferação imaginária, em vez de orientá-lo ao ato cujo efeito pode franquear a transposição do sintoma, em uma outra conjugação do corpo.

Talvez, apreender algo da *consistência* triplice da realidade do bebê, no corpo simbólico-imaginário que performa a fala do clínico, possa problematizar os modos de vizinhança e de rompimento, na triplicidade que dá lugar ao real do corpo falado pelo clínico, que *só aparentemente perfila a co-incidência* à materialidade biológica que o sustenta. Pode-se daí concluir a importância de o clínico discernir seu modo de inclusão, referido ao registro do corpo que ele privilegia, para assim localizar a especificidade de sua incidência.

## REFERÊNCIAS

- ASSOUN, Paul Laurent. **Metapsicologia Freudiana**. R.J.: JZE, 1996 [1993].
- FREUD, Sigmund. **As neuropsicoses de defesa**. In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1894].
- FREUD, Sigmund. **Projeto de Psicologia**. In: GABBI JR, O. **Notas a projeto de uma psicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003 [1895].
- FREUD, Sigmund. **Carta 52**. In: MASSON, J. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess -1887-1904**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1986].
- FREUD, Sigmund. **Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mental**. In: **Escritos do Inconsciente**, vol. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2004 [1911].
- FREUD, Sigmund. **Contribuição à história do movimento psicanalítico**. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. 11. São Paulo: Cia das Letras, 2012 [1914].

# II CONGRESSO INTERNACIONAL E III CONGRESSO NACIONAL CLÍNICA DE BEBÊS

- FREUD, Sigmund. **Psicologia das massas e análise do eu.** In: **Obras Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Cia das Letras, 2011 [1921].
- FREUD, Sigmund. **O Eu e o Id.** In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. 16. São Paulo: Cia das Letras, 2011 [1923].
- FREUD, Sigmund. **A Negação.** In: **Obras Completas**, vol. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1925].
- FREUD, Sigmund. **Inibição, Sintoma e Angústia.** In: **Obras Completas**, vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 [1926].
- FREUD, Sigmund. **Análise terminável e interminável.** In: **Obras Completas**, vol. 19. São Paulo: Cia das Letras, 2018 [1937].
- LACAN, Jacques. **Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade.** In: **Escritos.** Rio de Janeiro: JZE, 1998 [1961].
- LACAN, Jacques. **A Identificação.** Recife: Centro de Estudos Freudianos, 2003 [1961-1962].
- LACAN, Jacques. **O Seminário livro 10, A Angústia.** Rio de Janeiro: JZE, 2005 [1962-1963].
- LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: JZE, 1988 [1964].
- LACAN, Jacques. **Problemas cruciais para a psicanálise.** Recife: Centro de Estudos Freudianos, 2006 [1964-65].
- LACAN, Jacques. **Posição do Inconsciente.** In: **Escritos.** Rio de Janeiro: JZE, 1998 [1966].
- LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 17, O avesso da psicanálise.** Rio de Janeiro: JZE, 1992 [1969-1970].
- LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 18, De um discurso que não fosse do semblante.** Rio de Janeiro: JZE, 2009 [1971].
- LACAN, Jacques. **Televisão.** In: **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: JZE, 2003 [1974].
- LACAN, Jacques. **A terceira.** In: **Textos complementares a RSI.** São Paulo: Fórum do Campo Lacaniano, 2022 [1974].
- LACAN, Jacques. **L'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre.** ALI: Paris, 1998 [1976-77].
- LEMONS, Cláudia. **Apresentação oral em 12/04 no seminário "Entre".** Centro Outrarte: Campinas, 2024.

# Atuação de equipe de psicanalistas e enfermeiras no atendimento ao pós-parto Brasil

ANNA MEHOUDAR E EVA WONGTSCHOWSKI

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde que iniciamos o programa de atendimento domiciliar ao pós-parto no início da década de 2010, ficamos bastante impactados com o fato de que a enfermeira, ao visitar a família do recém-nascido, encontrava a mãe sozinha com o bebê, mesmo após um parto cirúrgico. Vale lembrar que, no Brasil, a porcentagem dos partos cesáreos é consideravelmente maior que a dos partos normais. Há pais (homens) que têm o benefício da licença paternidade e conseguem participar da nova rotina familiar, e algumas mulheres, poucas, ainda podem contar com a ajuda de familiares. O atendimento da enfermeira ocorre em média entre o 5º e o 15º dia de vida da criança.

O tema da solidão já vem sendo estudado desde antes da pandemia da Covid. Pesquisas indicam que três em cada cinco adultos norte-americanos, e dois terços dos alemães se consideram solitários. Na Inglaterra, no ano de 2018, o primeiro-ministro criou um cargo para estudar e combater a solidão. Os dados a respeito do problema também são preocupantes na Ásia e na América Latina. A solidão traz desdobramentos na saúde mental e física, onerando os cofres públicos. Expressões como “século da solidão”, “economia da solidão” comparecem nos estudos. A ênfase na liberdade, a idealização da autossuficiência, a competitividade, o estado mínimo colocaram o interesse pessoal acima da comunidade e do bem coletivo.

É preciso fazer uma distinção entre a solidão, de modo geral, e a solidão de uma mulher que passa horas sozinha com seu bebê. A exigência psíquica, já bastante conhecida, que esse cuidado pede torna a solidão materna uma questão delicada. É apenas na contemporaneidade que uma mulher cuida sozinha do bebê por muitas horas, senão o tempo todo. Há consequências importantes desse fato para a saúde mental, que deve ser considerada uma questão de saúde pública.

Diferentemente de como é para os homens, a criação de filhos representa para a mulher dificuldade em manter uma carreira profissional. Não há nada de novo no fato de que a maternidade represente um obstáculo no acesso ao trabalho. É conhecida a prática da demissão após o período da licença maternidade, e, fora do mercado, a mulher perde direitos básicos, a possibilidade de renda diminui substancialmente. Há muitas demandas de difícil conciliação. “Viver num país onde o trabalho reprodutivo não é dividido igualmente entre todos os atores da sociedade é viver em retrocesso constante” (Lignori; Lima, 2024).

A pesquisa sobre a gestação e o puerpério é relativamente nova na psicanálise. O interesse inicialmente se concentrava no estudo da origem do sujeito, nas condições necessárias para o estabelecimento do psi-

quismo, na relação entre o ambiente e a ocorrência de quadros psicopatológicos. Hilferding desmancha a ideia da maternidade ligada ao instinto e complexiza o tema. O chamado amor materno é pensável tal como os sonhos, as fantasias.

A maternidade é uma experiência conflitante, envolvendo poder e impotência, vivência de plenitude e vazio, tensões, conflitos e contradições. O fato de o bebê imaginado durante a gravidez se apresentar outro frustra a expectativa dos pais de se recriarem a si mesmos; a presença do bebê é a impossibilidade de realizar essa expectativa. Seu nascimento desorganiza, desestabiliza a mulher; exige trabalho psíquico, criação.

O estado de hipersensibilidade, os limites e as fronteiras psíquicas entram em jogo na relação da mãe com o bebê, o que dá à maternidade um caráter traumático. A regra é a instabilidade psíquica. “Doença normal”, “loucura materna ordinária”, “estado normalmente anormal”, “preocupação materna primária” são algumas das nomeações dadas pelos psicanalistas à condição emocional materna pós-parto. É função da mãe ler as necessidades físicas e psíquicas do bebê, oferecendo-lhe a possibilidade de viver a experiência da ilusão fusional. Na chamada “transparência psíquica”, que ocorre durante o ciclo gravídico puerperal, a mulher se volta para o bebê que ela foi, para as emoções mais antigas. Faz contato com seu mundo interno de modo novo, e ao cuidar do bebê coloca em ato representações do passado, traumas, vivências.

Como dar espaço ao processo de subjetivação do bebê em tempos acelerados? O movimento entre continuidade e descontinuidade da presença materna favorece a subjetivação e cria a possibilidade de o bebê simbolizar a ausência do objeto. Continuidade, descontinuidade, ligação, separação. A separação não deveria ocorrer antes da constituição do sentimento de si. Com a aceleração do ritmo de vida, o tempo das refeições, do sono, da comunicação com a família é cada vez mais curto. Tendemos a aumentar a velocidade com que realizamos as tarefas, ou diminuimos o espaço entre elas, ou fazemos tudo junto. Mas supomos que o tempo necessário para a constituição subjetiva do bebê se adequa automaticamente a tal ritmo, esquecendo que ele, o bebê, necessita de um tempo próprio de elaboração.

As diferenças e os conflitos geracionais têm deixado as mulheres sem a tradição de práticas e modelos de cuidados. Lives, blogs, cursos de especialistas substituem a tradição e oferecem múltiplas informações. Podem, sem dúvida, ser boas fontes de orientação. Mas dada a quantidade de material à disposição, as múltiplas alternativas, e não poucas vezes a contradição entre elas, podem produzir confusão e insegurança, o efeito contrário do pretendido. Ao mesmo tempo a ciência tem feito aportes importantes no entendimento da dinâmica do bebê, de tal forma que alguns aspectos dos modelos de cuidado da geração anterior não mais se sustentam. Só para dar um exemplo, o conhecimento sobre a produção e fisiologia do leite materno, o que se sabe de suas características bioquímicas, os desdobramentos na saúde do bebê são impactantes. Há vinte anos se sabia muito menos. Se somarmos a isso os estudos do epidemiologista César Victora a respeito dos efeitos da amamentação materna sobre a inteligência das crianças, há que se pensar como essas informações são, e se são transmitidas às mulheres. Além da medicina propriamente dita, o campo da fisioterapia, da fonoaudiologia, da nutrição, terapia ocupacional, da própria psicanálise têm contribuído para mudanças significativas no modelo de cuidados.

Este tema nos leva a outro: como as mulheres se reconhecem, a si mesmas, na tarefa do cuidado com os bebês? Não são poucos os relatos de mulheres que sofrem duras críticas e uma espécie de descrédito da família (mães, sogras) por não se submeterem às suas recomendações. Diante de tantas fontes de referências e de tantas pressões pelo bebê perfeito, as mídias têm sido usadas como uma tentativa de busca de aprovação. A “tirania da visibilidade” tem cobrado seu preço. Há um entrelaçamento entre o público e privado que acaba expondo a intimidade da família de um modo preocupante. Uma rápida pesquisa na internet nos coloca diante de vídeos caseiros mostrando bebês nas mais diversas situações, que lamentavelmente beiram a humilhação e franca violência. Sua imaturidade e fragilidade se tornam motivo de diversão.

O caráter público da maternidade (parentalidade) deve, a rigor, se tornar uma questão de Estado, deve ser politizado. A criação de novos modelos de organização social, que priorizem o cuidado do bebê e da família, seria uma resposta a essa questão. Entendemos que é uma responsabilidade pública, e de todos, dar lugar à fragilidade humana.

A psicanálise alcançou, nos últimos anos, uma eficiência importante na identificação de sinais de risco já durante os primeiros meses de vida. Isso torna o trabalho com gestantes e puérperas uma questão central, que não se resolve apenas no âmbito de caso a caso, mas se transforma numa prevalência do campo da saúde pública. Resultados clínicos não deixam mais nenhuma margem de dúvida quanto à urgência no investimento em formação de profissionais em todas as áreas de saúde visando à prevenção e tratamento em tempo.

O Gamp 21 tem estabelecido, a cada vez, novos recursos de atendimento, à medida que a experiência vai apontando sua necessidade. Apresentaremos cronologicamente cada um dos dispositivos criados.

## UM POUCO DE HISTÓRIA

No modelo de atendimento ao pré-natal e à assistência ao parto, no final da década de 1970, o recém-nascido ficava quatro dias no berçário, só podia mamar de três em três horas e visitava a mãe dormindo ou saciado por uma mamadeira de glicose. O alojamento conjunto não existia, o homem era excluído do processo de gestação e parto, a relação médico-gestante tendia a infantilizar a mulher e o profissional de saúde era a única fonte de saber. O bebê era considerado uma tábula rasa, e o nascimento com hora marcada, assim como as fórmulas de leite e a mamadeira começavam a conquistar adeptos entre pacientes e profissionais de forma irreversível.

O Grupo de Apoio à Maternidade e Paternidade formou-se a partir da inquietação de um grupo de obstetras, crítico ao modelo de assistência vigente no início da década de 1980. Liderado pela Dra. Rosa Clauzet e pela Dra. Ceci Mendes, o grupo se reunia regularmente com profissionais que trabalhavam com o ciclo gravídico-puerperal: psicólogos, fisioterapeutas, professores de yoga, pediatras. No desenvolvimento de um novo modelo de atendimento, o pai não apenas era convidado a participar das consultas médicas, como acompanhava o trabalho de parto. A gestante não estava mais sozinha.

O aporte educativo e preventivo da clínica foi ganhando contornos sob a forma de curso de *Preparação para o parto e Cuidados com o bebê*. Informações médicas podiam ser compartilhadas em grupo, e repercussões psíquicas eram trabalhadas pelo psicanalista. Como faltavam informações consistentes em linguagem coloquial, elaboramos cartilhas que, impressas, eram distribuídas nos cursos e nas consultas de pré-natal. Para disponibilizar o tempo necessário ao parto normal, os obstetras começaram a trabalhar em pequenas equipes, com a presença de uma doula - ainda não nomeada - que acompanhava o trabalho de parto e o pós-parto. A relação equipe-casal foi ampliada com o atendimento domiciliar ao pós-parto, idealizado e realizado por psicóloga. O bebê comparecia, pela primeira vez, na atenção ao nascimento da família.

Começamos a ser convidados por empresas para cursos de preparação para o parto que incluíam, desde o início, o casal parental. O atendimento domiciliar ao pós-parto foi desenvolvido no âmbito corporativo no início da década de 2010 com a exigência de o programa ser realizado por equipe de enfermagem. Sem protocolos, discutíamos as situações trazidas pelos atendimentos, ali justamente onde o saber da enfermagem falhava; onde havia desconforto consolidamos a aliança enfermagem-psicanálise.

## NOVOS DISPOSITIVOS

O dispositivo das rodas de conversa on-line foi uma tentativa de responder ao isolamento social imposto pela pandemia do Covid19. No atendimento ao pós-parto, exclusivamente remoto a partir de março de 2020, constatamos as repercussões geradas pela impossibilidade de as famílias contarem com uma rede de apoio em momento de agravada vulnerabilidade psíquica. Para viabilizar a comunicação, criamos um grupo de WhatsApp, que permitiu acompanhar os novos contornos que a parentalidade tem adquirido, e Rodas de Conversa semanais, on-line, com o vídeo aberto, pela plataforma Zoom para mães em Licença Maternidade. O dispositivo se mantém com uma psicanalista e uma enfermeira em cada encontro.

Estabeleceu-se uma comunidade on-line de puérperas que, diante de tantas dúvidas e dificuldades, compartilham, a cada vez, o aprendizado e experiência que o próprio grupo vai adquirindo. As mães que participam há mais tempo se dispõem a ajudar aquelas que estão chegando. Os temas vão se repetindo em ciclos, e as informações de fato ajudam a resolver os mais variados impasses. Informações de produtos, preços, ofertas, relações com o empregador, com convênios, sobre vacinas são divididas. Sobre blogs interessantes que já foram testados e retestados. Para além disso, as mulheres falam de seus percursos nessa aventura de gravidez, parto e puerpério, falta crônica de sono, relações com o companheiro e família estendida. Mães que cuidam sozinhas do bebê recebem apoio, força e encorajamento. A volta ao trabalho, que implica uma série de providências e decisões, é fartamente discutida.

As conversas por WhatsApp são acompanhadas pelos profissionais para identificar informações equivocadas ou participantes que exigem um acompanhamento mais próximo. Em alguns casos indicamos um novo atendimento presencial ou on-line da enfermeira, e àquelas que não conseguem superar a “loucura transitória” vivida com o nascimento do bebê oferecemos algumas entrevistas psicológicas, e na sequên-

cia as encaminhamos para outro profissional ou instituição. O mesmo acontece quando identificamos algum problema maior com a díade ou com o bebê.

Um novo ponto de partida seria articular um programa específico que possa eleger critérios para o diagnóstico precoce e acompanhamento de famílias com indicadores clínicos de risco, a fim de minimizar agravos do desenvolvimento. Para esses casos, novas parcerias têm se feito necessárias.

## REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C. **A inclusão de cada um: uma transformação necessária.** In: KUPFER, M. C. M.; PATTO, M. H. S.; VOLTOLINI, R. **Práticas Inclusivas em Escolas Transformadoras: acolhendo o aluno-sujeito.** São Paulo: Escuta; Fapesp, 2017.
- FERRARI, R. **Maternidades, assombro e elaboração: uma perspectiva psicanalítica.** Porto Alegre: Artes&Ecos, 2023.
- FREUD, S. **Introdução ao Narcisismo.** In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de **Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1972 [1914].
- HERTZ, N. **O Século da Solidão: restabelecer conexões em um mundo fragmentado.** Rio de Janeiro: Record, 2021.
- HILFERDING, M.; PINHEIRO, T.; VIANNA, H. B. **As bases do amor materno.** São Paulo: Escuta, 1991.
- IACONELLI, V. **Manifesto Antimaternalista. Psicanálise e Políticas de Reprodução.** Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- KOMNISKI, P. N. **A travessia da Maternidade.** São Paulo: Blucher, 2023.
- LIGNORI, M.; LIMA, N. **O que o Brasil perde quando as mulheres mães saem do mercado de trabalho.** Site Think Eva, jul. 2024. Disponível em: <<https://thinkeva.com.br/custo-maternidade-brasil/>>. Acesso em: 18 jun. 2024.
- MEHOUDAR, A. **Da gravidez aos cuidados com o bebê: um manual para pais e profissionais.** São Paulo: Editorial Summus, 2012.
- Revista CAIS – Passagem. Volume 2. Diálogos na clínica com bebês, A clínica de bebês: como prevenir sem predizer o sujeito.** Belo Horizonte: Artesá Editora, 2021.
- VIVAS, E. **Mamãe Desobediente: um olhar feminista sobre a maternidade.** São Paulo: Timo, 2021.

## Relação pai-bebê no pele a pele: um novo olhar sobre o nascimento de um pai e sua influência no nascimento psíquico do bebê

**GLÁUCIA MARIA MOREIRA GALVÃO, ÉRIKA DOLABELLA, ETHYENE ANDRADE COSTA, MAURO FIGUEIREDO BRITO JÚNIOR, KYZE QUINTELA, KÊNIA DA SILVA COSTA**

**CORRESPONDÊNCIA: GLÁUCIA MARIA MOREIRA GALVÃO**

**EMAIL: GMMGBH@GMAIL.COM**

**MATERNIDADE ODETE VALADARES - BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS - BRASIL**

### INTRODUÇÃO

A humanização na medicina atual propõe resgatar o enfoque subjetivo do paciente, não reduzindo sua assistência a aspectos técnicos. O cuidado do paciente deve ser integral, considerando seus aspectos bio-psico-socio-espiritual. Assim, a família ganha papel de destaque, sendo de vital importância. No contexto da neonatologia, é importante que o bebê seja compreendido como um segmento da família, sendo esta fundamental para sua constituição psíquica (FIGUEIRA; DINIZ.; SILVA FILHO, 2011). Desta forma, a equipe multidisciplinar deve priorizar a aproximação dos pais / bebês, estando atenta para não os colocar como meros observadores da assistência (JERUSALINSKY, 1984).

Os efeitos do contato pele a pele entre a mãe e seu bebê saudável após o parto foram bem estudados nos últimos anos, e as primeiras horas após o nascimento são um importante período para o desenvolvimento da interação mãe-filho (WIDSTRÖM; RANSJÖ-ARVIDSSON, CHRISTENSSON, 2007). Surge assim a necessidade de realizar estudos que reflitam esta realidade em relação ao pai, demonstrando seus sentimentos peculiares, tão relevantes e reais quanto os da mãe, mesmo que por vezes subestimados e esquecidos pela equipe de saúde.

Nas portarias e diretrizes, no Brasil, para atenção integral e humanizada ao recém-nascido define-se o contato pele a pele com a mãe, mas não se contempla a função do pai na sala de parto, destacando-se apenas a sua presença física. Este dado torna-se alarmante diante da realidade de muitos bebês que precisam ser afastados de suas mães para cuidados médicos da mesma e não têm pais incentivados e habilitados ao cuidado do bebê.

É a partir dessas vivências que o bebê criará um padrão de expectativas em relação ao mundo bem como de defesas e maneiras de se relacionar. Conservando experiências dos cuidados recebidos, os quais formarão a base de seu relacionamento com o mundo por toda a vida.

Segundo a teoria freudiana sobre o nascimento psíquico do sujeito, o ego é corporal, o que significa que é a partir do sistema perceptivo que se forma o núcleo do Eu. A sensação do toque, as vivências de prazer e desprazer do bebê serão matéria prima para a construção da imagem de si e do mundo.

Segundo revisão da Cochranede 2016, o contato pele a pele “precoce” (entre 10 minutos e 24 horas após o nascimento) é capaz de favorecer a amamentação e ajudar na transição dos bebês para o mundo exterior (MOORE et al., 2016). A partir do contato, forma-se a pele psíquica do sujeito, que o separa, protege e instrumentaliza na percepção do mundo externo. Para que a desintegração não aconteça, o bebê precisa que alguém exerça o holding, uma das necessidades destacadas na obra winnicottiana, a de ser segurado. Não apenas de forma mecânica, mas de acordo com a necessidade de cada bebê, não o apertando, nem temendo deixá-lo cair. O bebê sente sua respiração seu hálito, e o calor da pele que fazem o bebê sentir que é agradável estar naquele colo. Winnicott se refere a um segurar humanizado, que se torna mais claro a partir da seguinte definição: “Tornar seguro, firmar; Amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender; garantir, afirmar, assegurar; tranquilizar, serenar, sossegar; Não se desfazer de, conservar; garantir, apoiar-se; precaver-se.” (WINNICOTT, 2012, p.53). De maneira resumida, para o autor, “segurar é tudo que uma mãe é ou faz.” (WINNICOTT, 2012, p. 4).

O não segurar bem faz com que o bebê interrompa a todo momento o processo de maturação. O Holding nesse sentido é um facilitador do processo de amadurecimento emocional. O holding deficiente gera angústias impensáveis no bebê, as quais Winnicott descreveu como sensação de despedaçamento, cair para sempre, de que a realidade exterior não pode ser utilizada para confortá-lo.

Evidências sugerem que o contato pele a pele precoce é capaz de favorecer a regulação das emoções dos bebês, reatividade ao estresse, adaptação metabólica, desenvolvimento social e cognitivo (FELDMAN et al., 2002; CHRISTENSSON et al., 1992; MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2007; TESSIER et al., 1998).



Tendo em vista a necessidade de conexão dos pais com as necessidades psíquicas do bebê, é importante que os pais estejam investidos psíquica e fisicamente em seu bebê. No entanto, a cultura que influencia cuidados estritamente maternos em detrimento da presença do pai, o ambiente tenso de UTI Neonatal, bem como a quebra do ideal de nascimento e do bebê sonhados, tornam-se complicadores nesse sentido.

O esperado jogo de projeções e expectativas é inundado por angústia, medo, terror, desejo de morte, culpa... o bebê, sentido como uma extensão dos pais, causa nestes uma ferida narcísica. O espelho se quebra. O bebê não encontra ali uma imagem sonhada de si pelo país para se identificar e estruturar.

Um estudo controlado randomizado realizado na Maternidade do Hospital da Universidade Karolinska, em Estocolmo, Suécia, com 37 recém-nascidos de parto cesáreo eletivo, com 37 a 41 semanas de idade gestacional, mães primíparas, avaliados conforme Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal. Os recém-nascidos foram randomizados para 30 minutos de contato pele a pele com pais ou mães, e analisados após cinco minutos iniciais de contato pele a pele, a partir da análise da interação vocal dos recém-nascidos. Observou-se que ambos cuidadores em contato pele a pele se comunicavam mais vocalmente com o recém-nascido do que pais ( $p = 0,003$ ) e mães ( $p = 0,009$ ) sem contato pele a pele. Pais no contato pele a pele também se comunicavam mais com as mães ( $p = 0,046$ ) e com os bebês (VELANDIA et al., 2010).

Pode -se dizer que o contato pele a pele com o bebê ajuda os pais a criar um lugar para esse bebê em seu desejo, para que o pequeno possa ser sonhado. Só assim o bebê terá representações no olhar dos pais para se agarrar e formar a própria identidade. Os resultados indicaram um impacto positivo do contato de pele com a pele do pai na redução do tempo de choro do bebê, acalmando-o e permitindo que atingisse o estado sonolento mais precocemente que recém-nascidos em incubadora. Apesar do pai não poder amamentar um bebê, ele pode facilitar o desenvolvimento da criança neste importante período da vida. Isso sugere que o contato pele a pele entre bebê/pai imediatamente após o parto permitiria aos bebês iniciarem a comunicação e vínculo parental em cerca de aproximadamente 15 minutos após o nascimento (VELANDIA et al., 2010). O contato pele a pele imediatamente após o nascimento seria então um favorecedor da interação com o cuidador ao facilitar o contato visual e o sorriso havendo indícios de que possa interferir na forma como o recém-nascido lida com o estresse mesmo um ano após o nascimento (BYSTROVA et al., 2009).



Acredita-se que a ocitocina liberada durante o contato pele a pele, facilita a comunicação pais-bebê (OLAUSON et al., 2018), aumentando a capacidade de resposta dos pais aos sinais comportamentais

do bebê, ao reforçar a capacidade sensorial do sistema auditivo e ativar áreas do cérebro envolvidas em produção de fala. Estudos em experimentação animal sugerem que a ocitocina seria capaz de melhorar a interação social em mamíferos (HEINRICHS; DOMES, 2008) e aumentar a comunicação vocal (ALGERS; UVNÄS-MOBERG, 2007; HOFER et al., 1996). Nos humanos, a ocitocina seria capaz de reduzir a ansiedade (HEINRICHS et al., 2003), aumentar a interação social (HOLLANDER et al., 2007), e aumentar a capacidade de interpretação emocional das expressões faciais (DOMES et al., 2007) e da voz (DOMES et al., 2007). Além disso, sabe-se que os recém-nascidos são capazes de discriminar entre a voz da mãe e outras vozes, girando suas cabeças em direção a um som ou voz específicos (LAGERCRANTZ, 2009). A interação vocal sugere que o contato pele a pele provoca comportamentos parentais intuitivos (FLEMING et al. 1993; LÉVY; KELLER, 2009). Acredita-se que essa interação precoce em sala de parto possa contribuir para estimulação vocal a longo prazo (IMADA et al., 2006; BYSTROVA et al., 2009). Baseando-se nos estudos acima, infere-se a importância do pele a pele na sala de parto e, na impossibilidade de ser realizado com a mãe, o pai seria o substituto natural. Nesse sentido, o pai pode facilitar o desenvolvimento dessas habilidades neste importante período da vida do recém-nascido podendo ser considerado o principal cuidador da criança durante o período de separação entre mãe e bebê (CHRISTENSSON, 1996). O contato pele a pele precoce entre o recém-nascido e o pai tem um efeito emocional positivo (BARCLAY; LUPTON, 1999; BONDAS, 2000), sobretudo no parto cesariano, em que há habitualmente atraso na interação mãe-bebê. Essa mudança de postura em sala de parto poderia trazer benefícios (ROWE-MURRAY; FISHER, 2001). Como os pais não foram expostos a nenhuma intervenção física no seu corpo, diferente da mãe neste momento, eles presumivelmente mantiveram sua capacidade de acalmar a criança, pelo calor, odores agradáveis e vocalizações. O contato pele a pele entre o pai e recém-nascido pode, portanto, ser um estímulo sensorial essencial que levaria a uma melhor interação vocal pai-bebê. O odor da criança durante o contato pele a pele induz responsividade paterna, da mesma maneira como induz comportamentos maternos (FLEMING et al., 1993; LÉVY; KELLER, 2009). Para o homem, a experiência da gravidez é diferente da experiência da mulher, tendo em vista que ele não tem a percepção física do bebê e não sente as mudanças físicas decorrentes da gestação (MARTINI; PICCININI; GONÇALVES, 2010). A experiência do primeiro filho, de acordo com Joan Raphael Leff (1997), desperta intensas emoções assim que o homem começa a tomar o lugar que anteriormente era de seu pai. A “Paternagem” assim seria fortalecida, uma vez que o pele a pele favorece o processo de envolvimento ativo na busca pela aceitação da mudança que a chegada de um filho representa na vida do homem. A busca pela participação ativa no desenvolvimento e construção dessa criança surge ainda no período pré-natal, com a descoberta da gestação. Sentir-se absorvido pela presença do bebê, manifestar por ele preocupação e interesse, expressar intensa emoção frente ao nascimento e ao ver-se convertido em pai (COUTINHO; MORSCH, 2006). O pai se conscientiza da existência do filho, percebendo-o como indivíduo; existiria assim um prazer no contato físico com o bebê, surgiria então um sentimento de autoestima, o que reforça a presença benéfica do pai durante todo o pré-natal e, também, na sala de parto (BRASIL, 2013).



O olhar humanizado da equipe de saúde no momento do parto, com valorização do cuidado paterno, pode ajudar a despertar emoções, afetividade, levando a um maior envolvimento entre o pai e o recém-nascido, favorecendo a reorganização da identidade psíquica paterna ao criar identificação com o seu filho e com sua mulher; uma vez que, nesse momento, deixa o lugar de coadjuvante e passa a assumir a função de protagonista no cuidado com o recém-nascido, enquanto a mãe é cuidada após vivenciar a dor física do parto.

Como as mães dominam a pesquisa de experiências fundamentais do contato pele a pele, estudos sobre experiências pais /bebês no contato pele a pele devem ser realizados, em vários contextos geográficos e culturais. Tal conhecimento pode levar a uma melhor compreensão desta relação (ANDERZÉN-CARLSSON; LAMY; ERIKSSON, 2014).

Considerando a importância das primeiras experiências de cuidado para o nascimento psíquico do bebê, bem como a escassez de estudos sobre a importância do pai nos primeiros cuidados, o presente trabalho teve por objetivo discutir o significado das experiências vividas pelo pai ao carregar seu bebê pele a pele, assumindo o papel como cuidador principal durante as primeiras horas após o nascimento, quando o bebê foi separado da mãe devido aos cuidados pós-operatórios, e durante sua estadia na unidade hospitalar por prematuridade.

Aqui torna-se necessário mencionar a importância da fotografia para inspirar pessoas, como materialização deste trabalho. Tendo como ponto de partida imagens de pais e seus bebês em contato pele a pele, fotografados em uma maternidade, pretende-se avaliá-las junto ao depoimento desses pais, colhido pela pediatra atuante na mesma unidade.

## OBJETIVO

Discutir, através da avaliação imagética e dos depoimentos, o significado das experiências vividas pelo pai ao carregar seu bebê pele a pele, assumindo o papel como cuidador principal durante as primeiras horas após o nascimento, quando o bebê foi separado da mãe devido aos cuidados pós-operatórios, e durante sua estadia na unidade hospitalar por prematuridade.

## METODOLOGIA

O projeto parte da atuação da fotógrafa e pediatra/neonologista da equipe de uma maternidade brasileira de referência, onde foram registrados 3049 partos de janeiro a outubro de 2019, desses 884 partos cesáreos. Na sala de parto foi oferecido ao pai, com o consentimento da mãe, a colocação do bebê em contato pele a pele com este, a partir do momento em que o bebê foi retirado da mãe, por solicitação da mesma ou por indicação clínica materna. Perguntou-se ao pai se poderíamos documentar o momento com fotos. Após assinar termo de consentimento livre e esclarecido, a foto era exibida ao pai, sendo solicitado um pequeno depoimento que descrevesse este momento. Das fotos realizadas durante o pele a pele do pai na Sala de Parto e na Unidade de Internação no período do estudo, foram selecionadas vinte imagens, registrando o nascer e o fortalecimento da “Paternagem”. As imagens e depoimentos foram analisados à luz de conhecimentos psicanalíticos no entorno do nascimento psíquico do sujeito.

O ato fotográfico torna-se mais que um gesto de documentação da chegada de um novo ser à família, mas ação catalisadora do acolhimento. Propicia o redespertar do investimento dos pais em relação ao bebê. Permite eternizar este momento precioso. As fotografias traduzem o presente naquilo que é visível. E segundo Benjamin, o presente não é uma passagem, mas o lugar onde o tempo se fixou – uma experiência única. Todas as fotos são intencionadas por uma ação, seja de seu criador, ou de outros indivíduos, e provoca sentimentos, evoca memórias e ocupa lugares na mente e no coração de quem as contempla. As fotografias ajudam a reviver histórias e reavivam a memória, e ainda consistem em uma ferramenta de fortalecimento da própria identidade. Ao “congelar” um instante no tempo e fazer um recorte na realidade, a fotografia oferece um suporte material para a memória. Se de certa forma, fotografias nos remetem à nostalgia da rememoração, também trazem à tona a importância do presente (GUMBRECHT, 1998).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As experiências dos homens relatadas em nossa pesquisa mostram como uma nova paternidade pode ser alcançada no futuro. Isso exigirá mudanças estruturais e sociais. A ausência paterna muitas vezes não é devida a problemas individuais ou déficit psicológico, nem à dificuldade dos homens em se envolverem em relacionamentos íntimos e cuidadosos com seus bebês, mas à forma como a sociedade os vê, como provedores materiais e não afetivos. Como tentamos salientar, essas diferenças culturais estão mais relacionadas a mudanças socioculturais em como a paternidade é representada e compreendida (LESLEY; LUPTON, 1999). É importante que o contato pai-filho precoce seja incentivado tanto pelos profissionais quanto pela sociedade em geral. O papel do pai na sala de parto, no entanto, não está

claramente definido. Portanto, é justificado e desejável que as equipes de saúde forneçam uma oportunidade para os pais agirem como cuidadores da hora do nascimento e estudar os efeitos dessa intervenção (CHRISTENSSON, 1996).

Assim como o contato pele a pele, as imagens registradas deste tornam-se instrumento útil na visualização dos aspectos mais dinâmicos da inserção paterna nos cuidados com o bebê. Em uma época de grande veiculação de imagens pelas redes sociais, a fotografia pode favorecer a valorização da presença paterna na sala de parto. A equipe hospitalar ao ver a imagem é incentivada a fazer acontecer o pele a pele paterno cada vez melhor. O projeto fotográfico está lidando com a construção de laços afetivos indo ao encontro da teoria psicanalítica que, ao compreender a importância das experiências infantis precoces na formação psíquica, tem sido um instrumento para profissionais de maternidades. Diante do nascimento de um filho, os pais revivem a própria filiação, projetam o narcisismo nos bebês, atribuindo a ele todas as perfeições e desejos que não puderam vivenciar na própria infância, delineando um projeto a ser vivido pelos mesmos. Muitas vezes o bebê é idealizado em função de reparar a história dos pais. O bebê ganha um lugar no desejo dos pais e se identifica com a imagem que vê refletida no olhar que lhe é dirigido.

Nesse ponto, é conveniente pensar a relação do que foi explicitado com a teoria lacaniana do estágio do espelho cuja conclusão levaria à formação de uma imagem do eu, caracterizado como uma imagem inteira do corpo. Em uma maternidade, incluindo a UTIN, é importante que os pais sejam ajudados para que possam projetar em seus filhos o próprio narcisismo. Os pais precisam ser ajudados a olhar para o vácuo representacional que se forma diante da prematuridade. Para que o bebê também não fracasse em formar as representações de si mesmo. A partir do depoimento a seguir é possível perceber como o contato pele a pele pai bebê pode auxiliar o pai a recriar um lugar para seu filho:

Eu senti uma emoção indescritível, um momento mágico e único, um amor gigante crescendo em mim, senti o coraçãozinho dele batendo forte no meu peito, fiquei só olhando para o rostinho dele, sem palavras, pensando no quanto ele é forte e guerreiro por já passar por tudo isso, um ser humano tão pequenininho, que já tem que uma ligação muito forte conosco, ele chegou para mudar nossas vidas completamente, vou protegê-lo com todas as minhas forças, senti ao pegar ele no colo pela primeira vez um amor maior do mundo (J.C.C.S. pai do D.G.).

Ao ver naquele bebê um filho que, apesar de tão pequenino é “forte e guerreiro”, o pai deixa claro a projeção do próprio narcisismo, enxergando o filho que “chegou para mudar a vida dos pais”. O pequeno D.G. conta com um lugar no desejo do pai, com uma imagem do bebê ideal no olhar do mesmo, na qual poderá se identificar formando a próprio psiquismo.



Na cultura ocidental, o nascer da maternidade contempla o surgimento de quatro temas: vida-crescimento; relacionar-se primário; matriz de apoio e reorganização da identidade. Cada tema possui características próprias e será construído com base nas experiências prévias da mãe e de sua visão de mundo. Em pesquisa realizada por Coutinho e Morsch (2006), evidenciou-se que os mesmos temas apareciam no relato paterno. Em relação ao tema vida e crescimento, os dados obtidos mostraram que desde o momento do parto prematuro o pai demonstra grande preocupação com o desenvolvimento de seu bebê, risco iminente de óbito, preocupação com o desenvolvimento físico e sequelas (COUTINHO; MORSCH, 2006). Quando avaliada essa construção, pesquisa realizada 2009 com 30 pais de recém-nascidos em observação em UTI neonatal, revelou que os pais experimentam uma sensação de falta de controle quando têm um bebê extremamente doente na UTIN (AROCKIASAMY; HOLSTI; ALBERSHEIM, 2008).

O tema relacionar-se primário: inclui o “holding”, laços de apego, segurança e afeição. Surgem preocupações acerca da capacidade da mãe amar seu bebê e se sentir amada por ele; de sentir-se capaz de reconhecer e identificar o bebê como seu; de desenvolver um estado de sensibilidade que lhe permita identificar-se com o filho de forma a atender suas necessidades. Os pais também se constroem sobre esse tema sensíveis ao olhar para os filhos, capazes de reconhecer suas necessidades físicas e afetivas. Há preocupação com o surgimento futuro de possíveis problemas psíquicos e emocionais como resultado da sua internação (COUTINHO; MORSCH, 2006).

Já a reorganização da identidade, descrita como a necessidade da mãe de transformar sua identidade, reorganizando-a, seria, no contexto paterno, o homem passaria ao lugar de pai, progenitor e pai de família, modificando seus investimentos afetivos e priorizando outras atividades (COUTINHO; MORSCH, 2006). O nascimento de um pai, pode ser inferido do relato abaixo:

Primeira vez que vi o nascimento do meu filho, renasci por completo... Só queria levá-lo no colo, quando ele foi pra unidade Canguru tive a maior experiência da minha vida que foi o contato dele comigo, o calor que passava pra ele e nisso passava o amor proteção e ele me passava paz, alegria e amor. Não tenho palavras para descrever este sentimento quando Davi nasceu, nasceu um pai também, o contato no dia a dia foram aumentando e não é só uma simples pele a pele e sim um encontro de dois corações se tornando “um”. (C. E.L.P. pai do D.M.).

No trecho acima é possível perceber que o pai trata dos temas de vida e crescimento, ou seja, da crença na própria capacidade de proteger e cuidar do filho, promovendo vida, ao dizer de sua transmissão de amor e proteção. Também destaca-se a reorganização da identidade ao dizer que ali, no contato pele a pele, nasceu um pai. Segundo Erlandsson (2007), o cuidado paterno leva imediatamente a mudanças, uma vez que é nesse momento que o pai pode assumir uma responsabilidade crescente ao conhecer seu filho. A experiência na maternidade parece deixar claro o poder do contato pele a pele, bem como do registro desse momento, no sentido de auxiliar o pai a exercer a paternagem. O relato a seguir pode ser visto como um reflexo do que está sendo proposto nesse trabalho: “Descobri o que é amor de verdade depois que meu filho nasceu, sendo o presente mais importante da minha vida, portanto, não pretendo ser um modelo para ele, mas um bom rascunho.” (A.M. pai do B.M.)



Ao vivenciar o pele a pele pai/bebê e ver a fotografia desse momento, A. M. deixa no depoimento acima palavras de amor, uma das necessidades psíquicas do bebê, propostas por Winnicott (2012). Tomamos a licença de acrescentar que o contato afetivo não precisa ser apenas com a mãe, mas com quem exerce a função dos primeiros cuidados de maneira próxima e constante. Quanto aos benefícios do contato pele a pele pai/bebê no nascimento psíquico, como a projeção do narcisismo, a criação de um lugar no desejo para que o bebê possa vir a ser, a importância do holding para facilitar o desenvolvimento emocional do

bebê gerando benefícios a longo prazo. A importância do envolvimento paterno no desenvolvimento cognitivo, no rendimento escolar e saúde mental infantil foi documentada em pesquisa realizada em escala global em mais de 30 países, patrocinada pela MenCare, organização que visa promover políticas públicas destinadas a incentivar cuidados paternos, prevenir a violência contra crianças e mulheres, promover a igualdade entre os sexos e a paternidade responsável (LEVTOV et al., 2015).

Fotos do contato pele a pele paterno e os depoimentos dos pais em sequência à fotografia permitiram cumprir o objetivo deste trabalho ao oferecer representação imagética e discursiva para a análise da vivência paterna deste momento. A partir do que as imagens evidenciam, é possível perceber o reencontro com o prazer advindo do toque e do contato pele a pele, propiciando a transmissão de mensagens corporais pai-bebês. Junto aos depoimentos permitiram verificar a mudança de comportamento dos pais ao ressignificarem o momento do parto e as expectativas em relação àquela nova família que se formava.

A fotografia ocupa um lugar estratégico na promoção da saúde de bebês ao facilitar o investimento dos pais em seus bebês, e a descoberta de que podem ser bons cuidadores na presença e/ou na ausência da mãe. Na lógica psicanalítica, falávamos anteriormente de como um olhar faz nascer o outro. É a partir do olhar dos pais, nos casos que tratamos aqui, do pai, que o bebê tem possibilidade de vir a ser. Pensando no projeto fotográfico realizado com os pais e seus bebês, o olhar da fotógrafa, possibilita o nascimento de um olhar de pai. Assim, continuamos defendendo que assim como o contato pele a pele mãe-bebê e pai-bebê, o olhar sensível tem a potencialidade de fazer nascer.



## REFERÊNCIAS

- ALGERS, B.; UVNÄS-MOBERG, K. **Maternal behavior in pigs**. *Hormones and Behavior*, v. 52, n. 1, p. 78-85, 2007.
- ANDERZÉN-CARLSSON, A.; LAMY, Z. C.; ERIKSSON, M. **Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant—Part 1: A qualitative systematic review**. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 9, n. 1, p. 24906, 2014.
- AROCKIASAMY, V.; HOLSTI, L.; ALBERSHEIM, S. **Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control**. *Pediatrics*, v. 121, n. 2, p. e215-e222, Feb. 2008.
- BARCLAY, L.; LUPTON, D. **The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis**. *Journal of Advanced Nursing*, v. 29, n. 4, p. 1013-1020, 1999.
- BONDAS, T. **Attvara med barn [Being pregnant]**. 2000. [dissertation]. Åbo: ÅboAkademi University Press, 67-70, 2000.
- BRASIL. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>.
- BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 204 p.
- BRASIL. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma de anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html)>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- BRASIL. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html)>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- BYSTROVA, K. et al. **Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later**. *Birth*, v. 36, n. 2, p. 97-109, Jun. 2009.
- CHRISTENSSON, K. et al. **Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot**. *Acta Paediatrica*, v. 81, n. 6-7, p. 488-493, Jun.-Jul. 1992.
- CHRISTENSSON, K. **Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants**. *Acta Paediatrica*, v. 85, n. 11, p. 1354-1360, 1996.
- COUTINHO, H. R. P.; MORSCH, D. S. **A paternidade em cuidados intensivos neonatais**. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 9, n. 1, p. 55-69, jun. 2006.

- DOMES, G. et al. **Oxytocin attenuates amygdala responses to emotional faces regardless of valence.** *Biological Psychiatry*, v. 62, n. 10, p. 1187-1190, 2007.
- ERLANDSSON, K. et al. **Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior.** *Birth*, v. 34, n. 2, p. 105-114, 2007.
- FELDMAN, R. et al. **Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development.** *Pediatrics*, v. 110, n. 1, Pt 1, p. 16-26, Jul. 2002.
- FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M.; SILVA FILHO, H. C. **Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 33, n. 2, p. 71-75, Jul. 2011.
- FLEMING, A. S. et al. **Postpartum factors related to mother's attraction to newborn infant odors.** *Developmental Psychobiology*, v. 26, n. 2, p. 115-132, 1993.
- GUMBRECHT, H. U. **Corpo e forma: ensaios para uma crítica não hermenêutica.** João Cezar de C. Rocha (org.). Rio de Janeiro: EduERJ, 1998.
- HEINRICHS, M. et al. **Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress.** *Biological Psychiatry*, v. 54, n. 12, p. 1389-1398, 2003.
- HEINRICHS, M.; DOMES, G. **Neuropeptides and social behaviour: effects of oxytocin and vasopressin in humans.** *Progress in Brain Research*, v. 170, n. 1, p. 337-350, 2008.
- HOFER, M. A. et al. **Maternal interactions prior to separation potentiate isolation-induced calling in rat pups.** *Behavioral Neuroscience*, v. 110, n. 5, p. 1158-1167, 1996.
- HOLLANDER, E. et al. **Oxytocin increases retention of social cognition in autism.** *Biological Psychiatry*, v. 61, n. 4, p. 498-503, Feb. 2007.
- IMADA, T. et al. **Infant speech perception activates Broca's area: a developmental magnetoencephalography study.** *Neuroreport*, v. 17, n. 10, p. 957-962, Jul. 2006.
- JERUSALINSKY, A. **Psicanálise do autismo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- LAGERCRANTZ, H. **The birth of consciousness.** *Early Human Development*, v. 85, n. 10, p. S57-S58, Oct. 2009.
- LEFF, J. R. **Gravidez: a história interior.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LESLEY, B.; LUPTON, D. **The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis.** *Journal of Advanced Nursing*, v. 29, n. 4, p. 1013-1020, 1999.
- LEVTOV, R. et al. **State of the World's Fathers: A MenCare Advocacy Publication.** Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, and the MenEngage Alliance, 2015.
- LÉVY, F.; KELLER, M. **Olfactory mediation of maternal behavior in selected mammalian species.** *Behavioural Brain Research*, v. 200, n. 2, p. 336-345, 2009.
- MARTINI, T. A. D.; PICCININI, C. A.; GONÇALVES, T. R. **Indicadores de síndrome de couvade em pais primíparos durante a gestação.** *Aletheia*, n. 31, p. 121-136, abr. 2010.

- MOORE, E. R. et al. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.** Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 11, n. 1, CD003519, 2016.
- MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.** Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 18, n. 3, CD003519, Jul. 2007.
- OLAUSSON, H. W. et al. **Unmyelinated tactile afferents have opposite effects on insular and somatosensory cortical processing.** Neuroscience Letters, v. 436, n. 2, p. 128-132, 2018.
- ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J. R. **Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction.** BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 108, n. 10, p. 1068-1075, Oct. 2001.
- TESSIER, R. et al. **Kangaroo mother care and the bonding hypothesis.** Pediatrics, v. 102, n. 2, p. e17, Aug. 1998.
- VELANDIA, M. et al. **Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section.** Birth, v. 37, n. 3, p. 192-201, Sep. 2010.
- WIDSTRÖM, A.-M.; RANSJÖ-ARVIDSSON, A.-B.; CHRISTENSSON, K. **DVD: Breastfeeding: baby's choice.** Sweden: Liber Utbildning, 2007.
- WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. 98 p.

## O que a psicanálise pode diante e de um bebê?

**MARIA PRISCE CLETO TELES CHAVES**  
**PSICANALISTA**

Desde Françoise Dolto, Maude Manonni, e outros, o trabalho da clínica com bebês e crianças pequenas sempre foi muito questionado pelo campo da psicanálise. Nós os analistas que trabalhamos com este tempo da constituição subjetiva, acreditamos na grandeza deste serviço, ousamos dizer que o incluímos na condição de uma aposta preventiva em saúde mental.

A prevenção a que nos referimos difere da idealização onipotente de que poderíamos fabricar um método que, assim como as vacinas, pudesse garantir ao bebê e a pequena criança que se submetesse a ele, a sua saúde mental. Sem ingenuidade, mas com muita pesquisa, sérios estudos e interlocução com vários grupos de analistas brasileiros, europeus e latinos e, após longos anos de clínica, podemos dizer que o significativo prevenção refere-se à intervenção o mais-a-tempo possível para a facilitação do surgimento do sujeito do inconsciente e de desejo. Previne porque trabalha com a temporalidade e com a intervenção.

A temporalidade em questão distante de estar referida a cronologia, apesar desta ter parcela fundamental para a construção da imagem, trata-se de um tempo em que a lógica da instalação do circuito pulsional, circuito fundador do humano, precisa ser operacionalizada. É o momento considerado mítico fundamental que demonstra que o humano, ser de linguagem, não é regido pelo instinto, perde sua naturalidade.

Quando Lacan desenvolve o grafo do desejo, ele o designa também como fator fundante do discurso e do corpo. Esta construção que inicia sua montagem no tempo ínfimo do sujeito é toda embasada pela energia da libido do desejo do Outro. Desejo que está amarrado, enlaçado, veiculado na linguagem pela relação do sujeito ao significante.

Os bebês nos ensinam que para a constituição psíquica a alimentação humana fundamental, é o significante Falo. Que **o que se incorpora é a não matéria**, presente na voz melodiosa e no olhar brilhante das mães apaixonadas (pulsão invocante e pulsão escópica). **O Outro/Mãe é o agente fígador**. Nesse tempo priorizamos o que se passa no laço mãe-bebê. A mãe convoca e o bebê evoca. Não há um sem o Outro.

“A voz como objeto a não pertence, de modo algum, ao registro sonoro.” (Lacan)

Antes de escutar o sentido das palavras, o bebê escuta os sentidos dos sons da voz primária. Essa voz é, logo em seguida, associada ao rosto da mãe. Se ele for atraído por essa voz, fará buscas intelectuais, mas, só se estiver atraído por ela. Os afetos são o combustível para a inteligência. A voz, como qualquer outro objeto da pulsão trata-se de um impossível de se apreender, de uma falta. É o primeiro objeto vazio da pulsão. Ela precisa ser encarnada pelo Outro primordial e essa encarnação faz-se passar pelo som. É

através do som que o Outro materno passa a “voz da falta”. O som é a vestimenta da voz. O som é o que dá consistência imaginária.

O objeto vazio da pulsão necessita do imaginário, de uma imagem sonora. A “voz da falta”, musicalizada, tem o tom fálico, emite o som da libido. A pulsão invocante, a voz libidinizada, desvia a pulsão de morte. A voz encarnada pelo Outro primordial recebe um nome especial – “*motherese*” (“*manhês*”) – *Fernald (1982) uma das fundadoras da psicolingüística – ou “baby-talk”*.

Incorpora-se a marca, a marca da força do que é dito pela voz, carregada de afetos, trazendo consigo o vazio e um lugar, condições necessárias ao surgimento do sujeito, tudo isso dentro de uma temporalidade. Essa força põe a pulsão a circular.

O bebê tem posicionamentos diferentes durante esse percurso. O movimento de alcançar novamente o objeto da satisfação que, trouxe junto o prazer que apazigua a sensação do desamparo, será o que desencadeará uma impulsão psíquica que vai em direção a esse objeto, reinvestindo-o.

Tal movimento se chama desejo (Wunsh) e instaura um circuito, o **circuito pulsional**. Como é impossível alcançar a primeira satisfação pois, não há como retornar ao prazer original, estabelece-se um circuito que é melhor imaginável se pensarmos num movimento em espiral.

A mãe, em função, dá o princípio do prazer com sua presença e seus atributos fálicos como também a falta, instalando o princípio de realidade. A falta real do objeto simbólico que produziria a satisfação inscreve a marca da presença de uma ausência. Quando a falta fica inoperante, estamos diante de graves adoecimentos. A falta instaura o desejo e a possibilidade da subjetivação.

Permanecer prolongadamente objeto do gozo tem implicações danosas na constituição psíquica de uma criança. O Princípio do Prazer/Desprazer com o Princípio de Realidade, inaugura a Sexualidade Humana, a vida psíquica.

Há um mal-estar estrutural que Freud define como a Dor de Existir. O recalque precisa estar presente para que haja a renúncia ao gozo absoluto. O Gozo excessivo, ou absoluto, está fora da possibilidade de ser absorvido, está referido ao Real. A não resposta imediata, produzida pelo recalque originário e reforçada pelo recalque propriamente dito, instala o Princípio de Realidade que vai se impondo com a frustração e com o tempo de espera. O Gozo no domínio do aparelho é o que está para Além do Princípio do Prazer, está referido à Pulsão de Morte. O Outro Grande barrado precisa se encarnar para que a tela da fantasia se constitua. O Outro barrado está referido à castração, porta a falta e pode transmiti-la. A falta do objeto que daria a completude e satisfação total é o que propicia o desejo. Sem falta, não há desejo.

O Gozo absoluto não tem como se inscrever. Precisa de bordas para se inscrever. Só a Pulsão de Vida, só o amor, pode ter força suficiente para fazer vigorar o Princípio do Prazer e a instalação do Princípio de Realidade. O Princípio de Realidade é instalado pelo Outro. É preciso amalgamar a Pulsão de Vida à Pulsão de Morte. O estiramento do princípio do Prazer pelo Princípio de Realidade vai em direção a

Vida. O pensamento só vem pelo processo secundário, pela renúncia pulsional. O Recalque originário não tem como ser instintual, vem do Outro.

O analista precisa possuir este saber para entender que uma criança não se humaniza incorporando o que é puramente material; logo a presença real, encarnada da função materna afetada é fundamental. O Outro primordial precisa ser um humano constituído para humanizar um semelhante que, ocupando o lugar do Outro, dá o seio, a língua materna e sua falta. O outro do lugar do Outro insere o pequeno na dialética da demanda/desejo.

Uma criança fala, anda, come, tem controle dos esfíncteres, não pelo automatismo biológico, mas por desejo dirigido a um Outro. Ela “escolhe”, se entregar a ser objeto para o Outro, concomitantemente ela ativa o desejo do Outro e ela de forma reflexiva oferta-se e demanda prazer. Este é o circuito pulsional fundamental à constituição psíquica.

Entre os méritos do trabalho da psicanálise com bebês está o foco no ato facilitador do descolamento da criança do lugar de objeto através do chamamento para a composição edípica da operação da função paterna.

Com Freud aprendemos que o bebê atua, com seu corpo, suas funções, suas manifestações, como uma formação do inconsciente dos pais, principalmente da mãe. Nesse sentido, o bebê coloca em ato um retorno do recalco. A presença real do bebê carrega o que não foi simbolizado e que marcou a família, muitas vezes o que é da ordem da pulsão de morte.

Houve um tempo em que se pensava que as experiências vividas antes dos três anos tinham impacto limitado no desenvolvimento tardio. Hoje as neurociências aprofundam o que Freud sempre deixou claro: uma criança de três anos tem o cérebro duas vezes mais ativo que o de um escolar. De zero a três anos é o tempo de maior plasticidade cerebral. Tempo organicamente também propício a intervenção precoce. O bebê tem inúmeras competências, porém elas não se estabelecem por si só. É preciso a presença do Outro. A mente humana transcende ao órgão, mas não prescinde dele. O mental precisa do cérebro. A percepção humana é o resultado de uma montagem entre o que é da ordem do equipamento sensorial e neurológico, com o funcionamento dos órgãos e a aparelhagem significativa fornecida por um outro.

O bebê humano é um ser de relação logo, a presença de um outro humano já aparelhado e afetado por este pequenino é fundamental para seu futuro. A criança pequenina, na tenra infância, evidencia a grande importância das funções materna e paterna na construção psíquica.

São os Pais os Mestres da Mente. A Função Materna e Paterna em funcionamento esculpi o cérebro. As conexões sinápticas entre os neurônios se fortalecem e desenvolve a córtex. A genética não basta, é preciso a epigenética. O entorno pode inclusive alterar a bagagem genética. O cérebro humano contém regiões altamente seletivas para a voz humana. Com os reflexos orais iniciam-se os primeiros jogos vocais.

De zero a três anos é um tempo altamente propício a instalação das psicopatologias, por isso é um campo de grande interesse para nós que, trabalhamos com a primeira infância. Assim, nossa clínica com bebês

considera o lugar da criança no discurso parental; como esse discurso é posto em ato nos cuidados destinados à criança; como o bebê ou a pequena criança responde aos investimentos destes pais através do seu corpo, das suas produções linguageiras, do brincar; o conhecimento neurológico e de desenvolvimento.

Quando recebemos uma criança em nossos consultórios e em nossas escolas de educação infantil, precisamos estar atentos e com conhecimentos sobre a temporalidade desta criança no que diz respeito ao seu psiquismo e importância e seriedade de estarmos intervindo neste tempo.

O analista precisa possuir este saber para entender que uma criança não se humaniza incorporando o que é puramente material por isso é sempre importante a leitura sobre que lugar a criança está ocupando na fantasmática do Outro. Os primeiros três anos de vida e, sobretudo, os primeiros dezoito meses, são fundamentais. Após os 3 anos quanto mais submetida ao gozo do Outro, menos operação de separação presente; menos linguagem; mais psicossomática se encontra. Não se separar do lugar de objeto de gozo da mãe é se deparar com graves psicopatologias.

A lei paterna divide a mulher em sua condição subjetiva, ou seja, ela poderá ser mãe e mulher, ter um filho do homem amado. “O pai intervém em diversos planos. Antes de qualquer coisa, interdita a mãe. Esse é o fundamento, o princípio do complexo de Édipo, é aí que o pai se liga à lei primordial da proibição do incesto” (LACAN, 1999: p.174).

“Se a mãe não está submetida à instância que priva do gozo incestuoso e impede que faça do filho objeto, o filho se encontrará capturado como objeto gozo da mãe sem poder ascender ao referente simbólico da função fálica. É por isso que a função paterna é referencial e por isto mesmo pode ser contingente.” (CRUGLAK, 2001: p.59).

Lembremos Lacan (1969-1970) que mencionava a metáfora de ser preciso um pedaço de pedra para conter a boca do crocodilo quando se referia ao desejo da mãe. “Há um rolo, de pedra, é claro, que lá está em potência, no nível da bocarra, e isso retém, isso emperra. É o que se chama falo. É o rolo que os põe a salvo se, de repente, aquilo se fecha (LACAN, 1992: p. 105).”

Estar sob a lei simbólica é estar sob o vigor da operação simbólica da castração. A lei simbólica é a lei do pai, do pai conceituado pela psicanálise.

É tarefa da **função paterna**, presente tanto na mãe quanto no pai, cortar o elo simbiótico de mãe-bebê, interditar essa folia, criar o quadrilátero **PAI – MÃE – CRIANÇA–FALO**, dar condição de que seu filho possa ser desejante e de que a mãe possa desejar para além do seu filho. O triângulo amoroso familiar, na verdade, é representado como um quadrilátero, pois está referido ao **FALO**.

Quando a lei da mãe não é mediada pela lei do pai, a criança passa a ser criança-sintoma da mãe, o que é grave. O gozo do outro impede a criança de se posicionar como sujeito de desejo. O desejo que constitui um sujeito dividido depende de que a criança não esteja apenas diante da lei da mãe. Sem a presença do pai, não é possível a fantasia, a elaboração mais complexa do pensamento, a criação e a curiosidade tão necessárias ao processo da aprendizagem da leitura e da escrita (a *lexiescritura*).

Antes da entrada do pai, Freud diz que tudo é pré-edípico. Em torno do pré-edípico reúnem-se as questões das psicoses, nas quais o campo da realidade é profundamente perturbado por imagens. É a partir do contexto edípico que a metaforização se torna viável. Dessa forma, vemos que o pai é normatizador da estrutura mental e psíquica.

Em crianças de tenra idade, que estão sob a ação inconsciente dos seus outros parentais muito mais intensamente, não podemos desconsiderar que a **intervenção** precisa considerar a temporalidade da estrutural psíquica que está ocorrendo e o quanto do psiquismo do outro está sendo denunciado pela sintomatologia da criança. A grande tarefa nesta situação é escutar o impasse obstaculizador.

Quando a criança ainda não tem apropriação do corpo e do EU, independentemente da idade cronológica, ela está referida a um tempo bem remoto. A clínica com a primeiríssima infância se mostra muito significativa. “Nosso papel como psicanalistas, não é o de desejar algo para alguém, mas ser aquele graças a quem ele pode chegar até seu desejo.” (Françoise Dolto). Myriam Szerjer (1999), atua desde o início da década de 90 implementando um trabalho na maternidade com recém-nascidos, com a palavra falada. O bebê pode não compreender o que se fala mas, é afetado pela voz.

É um erro achar que crianças são fáceis de escutar, que basta brincar com elas para produzir um efeito terapêutico. Brincar por brincar não é analisar. Brincar por brincar não basta para solucionar o sofrimento. Até porque o brincar não significa manipular objeto, mas, implicar o Outro no jogo. O objetivo principal é captar o inconsciente, o brincar é o caminho. Na verdade, não devemos distinguir analistas de bebês, de crianças, de analistas de adulto pois, sempre escutamos, como Freud nos alertou, o infantil em seu sofrimento, Lacan nos aponta de que devemos estar atentos à escuta do sujeito, o que difere é a forma de escutar. O inconsciente é atemporal e se repete. É isso que devemos escutar na clínica, o que se repete porque é atemporal.

Muitas vezes a inconsolabilidade; os atos auto infringidos de uma criança; sua postura; a direção do seu olhar; o choro e gritos, demonstrando seu imenso sofrimento, podem provocar sensação de impotência no analista diante do não saber. Poder ser autêntico consigo mesmo no reconhecimento de seu não saber, o analista garante o movimento de transferência do analisando. A angústia experimentada pelo analista diante do seu não-saber, permite a aproximação com seu desejo de ser analista.

A criança, principalmente na tenra infância, que tenta ser lida e interpretada em seu sofrimento, apelar por as patologias muitas vezes psicossomáticas. Quando estamos diante de uma criança cujos cuidados nos foi confiado, é preciso saber que, estamos trabalhando com uma construção ainda por se efetivar, um desenvolvimento em processo em que seremos, enquanto profissional, interventores responsáveis pelos caminhos e vicissitudes que esta construção tomará. Quando recebemos um bebê em nossos consultórios, precisamos estar atentos e com conhecimentos sobre a temporalidade desta criança no que diz respeito ao seu psiquismo e importância e seriedade de estarmos intervindo neste tempo.

A psicanálise nos mostra como a infância é um tempo fundamental para a construção do psiquismo. Precisamos estar atentos! A criança, quanto menor mais estará submetida as transmissões das marcas significantes, que passam de geração em geração, inscrevendo uma estrutura psíquica singular.

São características essenciais para o trabalho com as crianças algumas peculiaridades do profissional. Ele deve considerar a relação da criança com o simbólico; pressupor uma abertura aos pais com entrevistas e acompanhamento; estabelecer diálogo com outros campos de saberes (escola, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.); ler o lugar que a criança está ocupando. Os bebês e as crianças sofrem, são sensíveis à linguagem desde antes do nascimento.

O analista deve estar atento a interligação pais-bebê; as competências do bebê ou da criança; ter em evidência o funcionamento das funções primordiais; estar alerta aos sinais indicativos de risco; olhar para onde está o Sujeito; escutar a dinâmica e qualidade do laço que está se estabelecendo na relação com o bebê ou a pequena criança; estar constantemente atento aos parâmetros importantes que devem estar presentes, mas não descuidar da singularidade de cada caso.

Na tenra infância o diagnóstico NÃO PODE SER SELADO pois, a estrutura não está decidida. Cuidado com o determinismo, a singularidade é essencial! Muitas crianças encontram-se sob a condição de estarem obedecendo cegamente a uma fantasia inconsciente do Outro, ou seja, presa ao fantasma inconsciente do Outro. O falo precisa passar do imaginário para o simbólico. O falo simbólico pressupõe a operação de castração, ou seja, uma mãe renunciando ao filho enquanto objeto de sua fantasia.

Desde Freud há uma preocupação com a formação do analista e Lacan contribui reforçando o tripé que Freud já mencionava como fator fundamental da base da formação como também, de que a clínica psicanalítica é singular, do caso a caso. É preciso considerar sempre que o analista precisa manter esse tripé necessário, considerar sua experiência clínica e sua própria análise pessoal, além de estar comprometido com a teoria e valer-se da supervisão.

## CASO CLÍNICO

Pedro é um bebê de três meses que se encontra internado na UTI de um hospital infantil com diagnóstico inconclusivo de encefalite, após ter sido colhido por três vezes licor de sua medula. Sua pressão arterial se encontra em torno de 160 x 100 e sendo feito medicação endovenosa por acesso profundo. Em casa iniciou com uma grande irritabilidade, chorando muito e depois entrou em um estado de apatia. Seus pais são médicos e logo resolveram levá-lo ao pediatra que imediatamente realizou a internação sob suspeita de encefalite. Como não havia melhora do quadro e a tia sabia que eu fazia atendimento hospitalar a bebês em UTI, me pediu para ir acompanhar o seu sobrinho.

Com autorização um pouco resistente da família e do hospital, fui ao encontro do Pedro. Na UTI a mãe estava “amamentando” e depois o colocou no bercinho. Pedro tinha um olhar totalmente distante e vazio e não respondia a chamados e nem tão pouco chorava; muito silencioso. Chamei por ele e não obtive resposta. Resolvi escutar a mãe em separado, sobre o processo de gestação, parto e puerpério. A

história do Pedro era a seguinte: segundo filho respondendo do lugar de “última chance perdida”. Era de urgência uma intervenção!

Paula, a mãe, me conta que o primeiro filho foi muito desejado e que ela se preparou para um parto normal, mas que durante o processo de parir, depois de estar com 9 cm de dilatação teve um espasmo de colo de útero e precisou fazer um parto à fórceps, não deu mais para fazer cesárea. O bebê nasceu com apgar quase zero e teve que ser ressuscitado pelo neonatologista que estava presente e que se tornou o pediatra do Pedro. Ela levou 35 pontos vaginais. Depois disso, muito traumatizada, não pensava em ter mais filhos. Entretanto, após 3 anos engravidou e muito assustada decidiu que teria uma cesárea e que faria ligadura das trompas.

Desde o primeiro filho Paula nutria o desejo de ter uma menina e como não ia querer mais filhos, resolveu apostar nessa gravidez e não quis saber o sexo do bebê durante a gestação, dizendo que era a última chance.

O nascimento do Pedro trouxe uma grande perda. Pedro respondia então do lugar de última chance perdida, ou seja, sua mãe havia perdido sua filha e apesar de estar fazendo todos os cuidados, não tinha para ele o brilho necessário que o pequeno bebê necessita para entrar na vida, o brilho erótico da voz/olhar.

Diante do contexto apresentado, evidenciando as funções fora de funcionamento, urgia nossa intervenção pois, já se apresentava sinais de grande risco à sua constituição psíquica e inclusive morte real.

Uma mãe afetada pelo brilho fálico canta melodiosamente. Este canto precisava estar presente, tempo necessário para que o bebê realize sua alienação primordial ao significante do campo do Outro. Pedro não ouvia o “canto da sereia”, não ouvia o som afetado de uma mãe marcada pelo objeto que lhe faltava e com a expectativa de que este filho o substituísse. O bebê humano é sensível à palavra, à voz e ao campo inconsciente do Outro. Pedro, apesar de ter ainda preservadas suas competências, nasceu com apgar 9/10, o arcabouço orgânico é insuficiente, para que uma constituição se dê.

O bebê humano tem uma predisposição à humanidade, mas precisa ser convocado por outro humano para assumir sua humanidade. Logo, a presença de um outro, já aparelhado e afetado por este pequenino é fundamental para seu futuro. É uma visão ingênua e equivocada a noção do instinto materno.

Pela condição de sua precariedade o bebê ao nascer encontra-se em “estado de sofrimento primordial”, vai depender deste semelhante primordial/mãe que lhe propiciará o asseguramento da sobrevivência tanto biológica como psíquica. O real precisa ser recoberto com véu simbólico amoroso para que o nascimento saia da condição “natural”. Não há nada de natural no processo de tornar-se humano.

É ela que reconhecerá este bebê, pelo viés do amor narcísico com o brilho fálico, como fazendo parte não só de sua cadeia genética como também, de sua cadeia significante, retirando-o do anonimato insignificante. Assim, lhe dará um nome, inscrevendo-o numa relação primordial significante, alienante a princípio, que o marcará para o resto de sua vida.

A infância é o tempo da subjetivação. É neste tempo de alternância entre presença-ausência, que o simbólico vai traumatizando o corpo, delineando o EU corporal, ligando o cérebro, tornando o ser um ser

de linguagem. Com a função materna operante o corpo do bebê vai sendo marcado por este outro/mãe deixando de ser apenas um corpo orgânico, para ser uma “imagem corporal”, uma construção psíquica. Carregado assim, de marcas significantes narcísicas, deixa de ser um ser da necessidade e passa a ser um ser do desejo e da demanda deste outro, um objeto de amor, um ser de linguagem, fazendo agora parte de um discurso, cujo trabalho lhe cabe passar mais adiante desta posição de objeto à condição de sujeito desejante. O corpo do bebê é um intrincamento somato-psíquico e só assim poderá ascender a uma filiação e possuir um lugar de existência, tornando desta forma o nascimento não condicionado ao ato de nascer, mas a possibilidade de se tornar um Sujeito, um Ser de Linguagem, filho de uma linhagem que o representa. Esta aparelhagem significativa é responsável pela comunicação. Falamos porque este é um dos recursos do bordeamento da falta.

Freud chamava este outro indispensável à montagem do aparelho psíquico de “Nebensmench” (próximo assegurador; semelhante). Lacan fala do outro da relação e diferencia o outro em “grande Outro” (A), universo simbólico; e “pequeno outro” (a), o semelhante, que por ser ultrapassado pelo grande Outro, pode representá-lo através de suas vicissitudes e de suas interpretações particulares, transmitindo, de forma não toda, registros inconscientes transgeracionais de como foi introduzida, cuidada, em sua primeira experiência relacional com seu Outro primordial, sua mãe. Há então uma aposta deste outro/mãe num sujeito e por isso ela pode lhe dirigir palavras e supor estar sendo respondida e demandada, este é o tempo da *Lalangue*. O Outro primordial pode dar sentido e interpretar seus gritos como fala. A estruturação psíquica tem então, primordialmente como matéria básica os investimentos narcísicos do outro, em que pela voz, **pulsão invocante** e pelo olhar, **pulsão escópica**, olhar especular, o bebê será introduzido no código linguístico e vai poder construir sua imagem corporal e identificar-se a ela. A mãe é o primeiro espelho, mostra ao bebê, através de seu olhar/voz, sua imagem. Ele tomará para si essa imagem que lhe foi ofertada inconscientemente. Ela também vai transformando seus ruídos e movimentos, materializados em palavras prosódicas, em sentido.

A intervenção analítica neste tempo é aquela que pode ter ação o mais breve possível. Tem a pretensão de facilitar a estruturação psíquica. Na UTI urge essa intervenção na medida em que o Real está extremamente invasivo, muitas vezes inviabilizando o erótico necessário comparecer.

Apesar do contexto melancólico e doloroso da situação em que Pedro se encontrava, sem grandes ênfases no fundamental prazer necessário à montagem psíquica, a analista aposta e como coelho da Alice, corre.

Enquanto trabalhava com sua mãe o luto da filha perdida, pedi autorização para entrar na UTI com ela quantas vezes fosse possível. Busquei uns três bonequinhos no meu consultório e retornei a UTI com a Paula presente. Iniciei um diálogo com os bonecos que começaram a me questionar sobre o Pedro e eu me dirigia a Paula pedindo que ela respondesse. Questões como: O Pedro é surdo? Ele não sente dor? Ele sabe que está com o braço dodói? Por que ele não chora? Meus bonecos sensibilizados iam abrindo espaço para o Pedro e sua mãe. Em um certo momento o Pedro olha para seu bracinho e começa a chorar e aí a Paula fica muito mobilizada e o pega em seus braços e começa a acalentá-lo. Nesse momento meus bonecos ficaram quietinhos escutando o nascimento do Pedro, agora com possibilidade real de existência. Pedro chorou muito e no

dia seguinte ao retornarmos à UTI, já tinha a pressão regularizada e agora a Paula e o João, pai do Pedro, estavam presentes. Meus bonecos questionam por que o Pedro chora tanto? Pergunto que outra solução eles propunham e eles resolvem dizer ao Pedro que ele podia reclamar e não só chorar, demonstrando para ele ver. Pedro inicia então uma imitação que tanto sua mãe quanto seu pai ficam impressionados. E estava ali presente aos nossos olhos o encontro concretizado em sorrisos, afagos nos olhos e na voz dos pais. No dia seguinte Pedro teve alta hospitalar e levou consigo os bonecos que eu lhe dei. Foi indicada uma análise para a mãe. Soube mais tarde que foram os brinquedos preferidos durante seu primeiro aninho. Sua tia me contou recentemente que durante sua infância ele era muito chorão, muito briguento com a mãe e super afetuoso ao pai. Disse que se tornou tenista ranqueado e que está casado e morando em outro país.

Foram três atendimentos que, pela intervenção precoce realizada, pode abrir-se o espaço necessário para que houvesse captura do pequenino dentro do eixo fálico, possibilitando o surgimento do novo filho, produzido conjuntamente com o início da elaboração do luto da Paula. Pedro agora podia responder a uma chance possível. O diagnóstico de encefalite nunca foi conclusivo.

Trabalhar com o campo das Intervenções Precoces pressupõe fundamentalmente o conhecimento orgânico, neurológico e psíquico da constituição humana. O humano não se estabelece por si só. É sobre a estrutura singular e transgeracional do outro que uma criança poderá edificar, utilizando suas competências genéticas, um sujeito singular, desejante, único. Cabe ao analista poder facilitar este trabalho.

Singular clínica onde, nem sempre há uma transferência já estabelecida. De forma audaciosa, porém, respeitosamente, calçado em sua ética, o profissional se aproxima e sob seu olhar/escuta, autoriza-se a intervir em ato. Isso não é fácil!

## REFERÊNCIAS

BERNARDINO, L. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.

FREUD, S. **Proyecto de una psicología para neurologos. 1895 [1950]**. In: **Obras Completas, Tomo I**. Madrid: Biblioteca Nueva Cuarta Edicion, 1981.

FREUD, S. **La feminilidad. [1932]**. In: **Obras Completas, Tomo III**. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edicion, 1981.

FREUD, S. **Introduccion al narcisismo. 1914**. In: **Obras Completas, Tomo II**. Madrid: Biblioteca Nueva, Cuarta Edicion, 1981.

LACAN, J. **O Seminário: livro 5: as formações do inconsciente. [1957 – 1958]**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.

LACAN, J. **O Seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 1964**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

# II CONGRESSO INTERNACIONAL E III CONGRESSO NACIONAL CLÍNICA DE BEBÊS

LASNIK, M. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador, BA: Ágalma, 2004.

NASIO, J. D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009

## MARIA PRISCE CLETO TELES CHAVES

- Psicanalista (Escola Lacaniana de Psicanálise)
- Pós-graduada em Metodologia do Ensino Superior (UFF)
- Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade (UVA)
- Responsável pelo Programa de Humanização do Nascimento
- Gestora Materno-Infantil (FIOCRUZ)
- Docente do curso de Capacitação em Saúde Mental da CSP
- Docente do Instituto ESPE
- Membro da Rede Bebê Nacional e Coordenadora da Rede Bebê Rio de Janeiro
- Docente do NEIPSY (New England Institute of Psychoanalysis)
- Membro da AAPSP (American Association of Portuguese-speaking Psychoanalysts)

E-mail – mariaprisce55@gmail.com  
mariaprisce@yahoo.com.br

Tel: +1 (407) 710-0910 ; +55 (21) 981150777

## Da clínica do sinal à clínica do traço

INÊS CATÃO<sup>1</sup>

Podemos dividir a história da clínica psicanalítica com bebês em três momentos:

- 1.1. um primeiro momento marcado pelo trabalho teórico-clínico de Melanie Klein, onde as intervenções privilegiam o registro imaginário;
- 1.2. um segundo momento, marcado pelo trabalho teórico-clínico de Françoise Dolto, onde as intervenções privilegiam o registro simbólico;
- 1.3. e, um terceiro momento, atual, marcado pelas contribuições do último ensino de Lacan, que pode ser localizado a partir dos anos 70, principalmente a partir do Seminário 20. Poderíamos chamar de clínica psicanalítica do real com bebês (ou clínica lacaniana com bebês).

A Psicanálise com crianças e com bebês é feita dessa história, onde os avanços produzidos antes *não* podem ser dispensados como ultrapassados. Ao contrário, cada passo teórico-clínico dado por um psicanalista que nos antecedeu é um tijolo a mais colocado na fundamentação deste campo. Dito isto, há muitos outros nomes que poderiam ser referidos, além dos mencionados. Escolhemos estes.

Neste texto, vamos traçar algumas considerações do que seria uma clínica psicanalítica do real com bebês. É importante fazer essa distinção antes de falarmos da práxis propriamente dita, antes de responder as perguntas colocadas como mote dessa mesa redonda intitulada *O bebê vai à consulta*. São elas: Quando procurar um especialista? O bebê tem diagnóstico? Qual diagnóstico quando as coisas não vão bem?

O referencial teórico de onde se parte tem consequências sobre a direção do tratamento. Ele determina o que buscamos com o diagnóstico e, também, o objetivo das nossas intervenções. Por isso, a importância de definir as premissas teóricas que norteiam nossa proposta clínica.

A práxis psicanalítica é uma prática de pesquisa clínica por excelência. O psicanalista parte de hipóteses diagnósticas que vão servir a ele na direção do tratamento, na estratégia de manejo e na tática. São hipóteses clínicas que se confirmam, ou não, nos efeitos produzidos no analisante, mesmo que este seja um bebê.

---

<sup>1</sup> Inês Catão é psicanalista, membro da Escola Letra Freudiana (RJ), médica psiquiatra da infância e adolescência (SESDF), docente da faculdade de Medicina da ESCS (Escola Superior de Ciências da Saúde, DF), pós doutora em Psicopatologia clínica (Universidade de Nice, França), doutora em Psicologia e Ciências da Educação (Universidade de Coimbra, Portugal), autora e coautora de livros e de numerosos artigos publicados em revistas e livros especializados no Brasil, na Argentina e na França, escritora.

O bebê não nasce estruturado do ponto de vista psíquico. Essa estruturação vai sendo montada concomitantemente com o seu desenvolvimento físico, entrelaçados, desde a vida fetal.

Se, como afirma Lacan, nosso desejo e nossa justificação é melhorar a posição do sujeito, como pensar intervenções em um tempo aquém da estruturação psíquica?

Antes de prosseguir, gostaria de acrescentar algo que percebi na minha clínica recebendo uma bebê de 3 meses cujo pai havia sido meu analisante. Eles queriam, como tantos pais hoje, saber se sua bebê estava em fechamento autístico. Tinham lido vários posts de outros pais nas mídias sociais, que corroboraram suas piores expectativas. Segundo os pais, a bebê não olhava a mãe ao mamar.

Em resposta à demanda dos pais, eu me pus a observar a bebê buscando os sinais clínicos de risco para autismo no primeiro ano de vida, com os quais trabalhamos há tanto tempo. Percebi naquela ocasião que, se vamos ao encontro do bebê procurando por estes sinais, não escutamos o que, de fato, está acontecendo com o ele. Ao recebermos um bebê em consulta, nossa posição deve ser outra.

A mãe da bebê referida, que na ocasião da consulta tinha 3 meses, contou sobre suas preocupações. Irmã mais velha de um irmão epilético, não suportaria saber que sua filha tinha algum problema. A mãe da bebê falou ainda da depressão de sua própria mãe. Ela estava preocupada. E certamente seu olhar transmitia à sua filha essa preocupação.

Bebês não gostam de rostos preocupados, sérios. O rosto do adulto que o cuida é o primeiro espelho do bebê, como lembrou Winnicott (Winnicott, 1971/1975). Neste caso então, era preciso fazer a suposição de que essa preocupação materna estaria na base da evitação de olhar da bebê. Os meses que se seguiram vieram confirmar essa minha suposição, dado que as queixas dos pais cessaram.

Todo o trabalho com a detecção oportuna de risco e com as intervenções oportunas continua sendo, a meu ver, pertinente. Mas é preciso lembrar, mais que nunca, que nem tudo é autismo. Como detectar outros impasses na montagem psíquica? E como intervir aí? No encontro clínico com o bebê o psicanalista deve se colocar uma questão mais ampla: de que modo o bebê, ou a pequena criança, responde ao encontro com o outro, seu Próximo assegurado, como chamou Freud?

Saber se o bebê vai bem ou não, exige uma escuta-olhar flutuante das produções languageiras e do movimento de corpo do bebê sem propriamente buscar algo nem esperar nada, apenas “observar” como ele se coloca no laço com o outro que o cuida.

A leitura do psicanalista das manifestações do bebê difere tanto da leitura médica pediátrica quanto da leitura da Psicologia. O objetivo do trabalho do psicanalista não é o restabelecimento de uma suposta normalidade de funcionamento da função de um órgão, por exemplo, como na Medicina. Nem tentar mudar o comportamento do bebê para o que é esperado - por exemplo, se ele chora muito fazer com que ele pare de chorar. Isso é o que prescreve a Psicologia.

O corpo com o qual o psicanalista trabalha é o corpo erógeno, não é o corpo ao natural de que trata a Medicina. O psicanalista trabalha com o corpo afetado pela linguagem. A linguagem, matéria incorpórea,

subverte o corpo orgânico. Lacan considera esse o trauma principal do humano - o encontro do corpo ao natural, o organismo, com a linguagem.

O corpo pulsional é aquele que é construído nas trocas erógenas com a mãe. Os circuitos pulsionais são uma montagem que vai se dando no laço com o outro. O que o psicanalista verifica em sua leitura clínica é como está se dando essa montagem.

Em *Pulsões e destinos da pulsão* Freud diz que a pulsão é uma medida de exigência de trabalho que é imposta à mente em consequência de sua ligação com o corporal (Freud, 1915/2019). O elemento definidor da pulsão é a força constante (*konstante kraft*) ou pressão da exigência de gozo. Esse gozo originário pede satisfação. É para dar resposta (satisfação) a esta exigência que parte do corpo, mais precisamente das zonas erógenas, que o bebê está em trabalho e buscará estabelecer seus circuitos pulsionais.

Ao psicanalista cabe supor no bebê um sujeito em trabalho. O bebê está em trabalho psíquico no mínimo desde o nascimento (provavelmente desde o tempo fetal), trabalho que é resposta à exigência imposta à psiquê por haver um corpo.

O bebê nasce em um banho de palavras. O que entra pelos ouvidos – orifícios que nunca se fecham para a voz no campo do Inconsciente (Lacan, 1964/1985) faz marcas. Mas a estruturação do psiquismo depende da incorporação da linguagem.

Quando o bebê nasce, a linguagem ainda não está organizada como um sistema. Estamos em um tempo lógico anterior, primeiro, tempo do que Lacan nomeou de *lalangue* (*alíngua*) (Lacan, 1972-73/1985). Neste tempo, os significantes ainda não fazem cadeia como no tempo da linguagem. Eles chegam ao bebê vindos do campo do Outro como um enxame, um zumbido ou murmúrio que afeta o corpo sonoramente. O bebê só adquire a possibilidade de compreender o sentido das palavras paulatina e posteriormente.

Lacan dirá no Seminário 23 (1975-76/2007) que a pulsão é o eco no corpo do fato de que há um dizer. Essa citação é importantíssima para pensar a clínica psicanalítica com bebês. Ela aponta a ressonância sonora como manifestação clínica de *alíngua* (*lalangue*) que afeta o corpo do bebê. O bebê de antes da linguagem estruturada como sistema trabalha na montagem de seu modo singular de gozo, o que se dá por um processo que não detalharemos aqui.

O bebê se endereça ao outro desde muito cedo. Esse endereçamento pode ser feito por manifestações sonoras como ruídos, gritos, choros, vocalização, balbucio, mas também pela iniciativa do contato por via do tato. Ele também se manifesta motoramente e pelo olhar. Ao psicanalista, cabe acusar recebimento do que no comportamento do bebê insiste em ser lido pelo outro. Marie Couvert (2020, 2022) dirá que é na insistência do *traço* do bebê que podemos encontrar orientação para a direção do tratamento.

As manifestações do bebê devem suscitar no psicanalista questões: “A serviço de que, ou, de quem está o comportamento do bebê que se repete?” O psicanalista não tem o compromisso de “calar” a manifestação de corpo do bebê ou sua manifestação linguajeira. O psicanalista toma em consideração o modo

como o corpo do bebê é afetado pelo encontro com o Outro, o campo da linguagem, ainda nem bem constituído enquanto tal.

A clínica psicanalítica com o bebê orientada pelo real não visa dar sentido às suas produções, interpretá-las, e sim, acusar recebimento do endereçamento feito pelo bebê em seu trabalho e colaborar com ele na organização de um modo de gozo próprio.

Na clínica psicanalítica com bebês trata-se de pensar os tempos de antes do estabelecimento da linguagem como estrutura, ou, de antes do inconsciente estruturado como uma linguagem. Nesse tempo primeiro, os impasses podem ser de diferentes ordens apontando não só para a forclusão do furo - como no caso do autismo, segundo a proposta de Éric Laurent em *A batalha do autismo* (2014), mas para outros, onde o comportamento do bebê pode ser a resposta ao que ele lê no outro como aquilo é esperado dele. Por isso, na clínica psicanalítica com o bebê é preciso conhecer a história que o antecede e que aponta o lugar a ser ocupado por ele. Um bebê não existe sem sua história. Ele é um destacamento singular desta história.

A clínica psicanalítica com o bebê difere radicalmente da clínica médica, pediátrica. Esta última é uma clínica do sinal, ou melhor, do signo, onde o médico busca no relato do paciente e em seu exame físico a origem do problema orgânico (corpo ao natural) que estaria na base da causação dos sintomas que o bebê apresenta. São paradigmas diferentes.

A clínica do traço proposta pela psicanalista belga Marie Couvert põe o acento na escuta daquilo que, no corpo em construção do bebê insiste em se endereçar a um outro à espera de ser lido. Essa autora mostra, nos casos clínicos que apresenta, a mudança de direção de tratamento quando sua hipótese muda. De uma observação psicológica, que visa o retorno da função a um suposto normal, Couvert passa a privilegiar em sua leitura do bebê a iteração de um traço. E passa a valorizá-lo como uma criação do bebê a ser comemorada.

Em seu livro *Le bébé analysant* (2022) Couvert dá o exemplo do bebê que chamava atenção, e preocupava a equipe, por sua imobilidade. O primeiro impulso, *furor curandis*, fez com que a equipe pensasse estratégias para que ele voltasse a se mover. A escuta da mãe do bebê revelou que ela tinha assistido o assassinato de sua própria mãe por seu pai, fato do qual ela se culpava pois havia feito sua mãe retornar à casa em que viviam e se expor à violência de que foi vítima, por um capricho seu. Desde o dramático fato, a mãe do bebê não conseguira fazer nada de sua vida, até ser mãe. Seu bebê teria lido o temor materno e ativamente engendrava esforços para não mover um dedo sequer. O bebê apresentava, assim, um impasse no primeiro tempo do registro motor da pulsão. Era, portanto, um bebê bem ativo e responsivo ao outro. Mas a iteração de seu traço – a imobilidade – punha em risco sua própria vida.

As primeiras intervenções feitas com o objetivo de que o bebê se movesse, agravaram a sua recusa. Quando a analista passa a ler na imobilidade uma competência extrema do bebê e o saúda por isso, ele começa a mudar.

As manifestações do bebê frequentemente angustiam os adultos que cuidam dele, aliás, essa seria uma das funções destas manifestações. Pensemos, por exemplo, no choro incessante de um bebê muito pequeno. Evidentemente, cabe a pesquisa por causas orgânicas de seu sofrimento. Mas essa busca é aquela feita pelo pediatra.

Em outro registro, o psicanalista não pode tomar as manifestações do bebê como signo (o que significa algo para alguém), como no paradigma médico. Sobretudo, não se trata de fazê-lo calar, se este é um modo de expressão por excelência daquele que ainda não exerce a função da palavra.

Nesta clínica, o psicanalista é o sujeito suposto saber que há um bebê em trabalho, cujo traço não é uma característica e sim uma marca real que aguarda ser lida como letra fundadora de uma rede de significantes ainda não constituída. A clínica lacaniana com o bebê eleva seu traço real à dignidade de um dizer que aponta, mesmo ainda sem palavras, um sujeito da enunciação.

Meus filhos, agora adultos, tem me ensinado que a aprendizagem é contínua, e desde o começo da vida é uma via de mão dupla. Para que ela ocorra, no entanto, é preciso sair da posição de mestria – daquele que sabe e ensina - que as funções parentais de certo modo implicam. É preciso se deixar ensinar por aquele que, um dia, foi infante.

O psicanalista deve se deixar ensinar pelo bebê.

## REFERÊNCIAS

- COUVERT, Marie. (2022). **Le bébé analysant: une clinique du trait**. Toulouse: Èrès.
- COUVERT, Marie. (2020). **A clínica pulsional do bebê**. SP: Instituto Langage.
- FREUD, Sigmund. (1915/2019) **As pulsões e seus destinos**. BH1971/1975: Autêntica.
- LACAN, Jacques. (1964/1985). **O seminário, livro 11 os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. RJ: Zahar
- LACAN, Jacques. (1972-73/1985) **O seminário, livro 20 Mais, ainda**. RJ: Zahar.
- LACAN, Jacques. (1975-76/2007) **O seminário, livro 23 o sinthoma**. RJ: Zahar
- LAURENT, Eric. (2014). **A batalha do autismo: da clínica à política**. RJ: Zahar.
- WINNICOTT, Donald Woods. (1971/1975). “**O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil**”. In *O Brincar & a Realidade*. RJ: Imago.

## O Fenômeno Psicossomático e a clínica de bebês de risco

WAGNER RANÑA

Manuel, menino de 11 anos, que encontro no aeroporto. Vem correndo me abraçar. Logo em seguida vem seus pais. Encontro agradável, afetivo e compartilhado. Ao seguirem para seu voo minha esposa pergunta: quem é? É Manuel, quando bebê era insone, agitado, tinha refluxo, alergia ao leite de vaca e com muitos sinais de impasses na sua constituição. Não olhava, não era capturado pelo manhês, não convocava o outro. Depois apresentou muitas dificuldades na relação com pares. Pais muito implicados, mas hesitantes na relação com um bebê tão atípico. Constituímos um projeto terapêutico: psicanalista bebelóloga, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, equipe da escola e psiquiatra. Muito trabalho, muito sofrimento. Muita transdisciplinaridade construída através de encontros interdisciplinares. Integração sensorial e motora, trabalho para entrar na linguagem, muitas sessões lúdicas, orientações de professores para apoiar suas capacidades na relação com as crianças. Tinha crises de agressividade e angústia. Foi medicado (Risperidona, Ácido Valpróico). Vai melhorando e apresentando sinais de um organismo controlado, um corpo integrado e um sujeito se estruturando. Aprende a ler e a escrever. Seus desenhos adquirem figuração. Hoje com 11 anos segue com a sessões com psicanalista e consultas psiquiátricas a cada 6 meses, sem medicações. Em consulta recente me fala que quer ser contador de histórias, pois gosta muito de livros. Vejo Manuel me dando tchau e sumir no túnel do seu voo. E fico pensando que Manuel demorou e teve muitos impasses no seu desenvolvimento, mas seu voo para a subjetividade foi conquistado.

Mas sua trajetória nesse percurso terapêutico começou em uma consulta. E as primeiras consultas com crianças que apresentam riscos na sua constituição são muito importantes.

Quando um bebê vai à consulta pode estar sendo avaliado pelo viés médico, que através dos sintomas vai identificar uma doença e prescrever um tratamento. Na medicina o diagnóstico vem antes e as doenças são concebidas como entidades naturais que existem independentes do sujeito, seu inconsciente, contexto familiar, social e histórico.

Mas o bebê, ou a criança, pode e deve ser avaliado por outra perspectiva, através de uma clínica atravessada pelas teorias da constituição subjetiva. A avaliação vai demandar vários momentos de observação do bebê, escuta dos pais e de outros profissionais implicados no cuidado. Avalia-se também seu repertório relacional e lúdico, identificando-se como está seu processo de entrada na linguagem, suas competências lúdicas, relacionais, sua capacidade de estar só e de se separar dos seus cuidadores próximos. E ainda como ocorre sua constituição de uma imagem de corpo. Só depois levantamos hipóteses diagnósticas e

quais os problemas e impasses que ocorrem nesse caminho constitutivo. Quando muitos especialistas estão implicados no caso é imperativo vários encontros transdisciplinares.

Fazer diagnóstico em uma consulta e orientar vários tipos de intervenções desarticuladas é algo que essa clínica não comporta. Quando avaliamos bebês através da clínica que estamos propondo, os sintomas e sinais clínicos não são específicos, ou não tem a especificidade diagnóstica como nos adultos, embora essa inespecificidade esteja também presente no adulto. Portanto mesmos sintomas podem corresponder à vários diagnósticos e os diagnósticos podem se apresentar em vários sintomas (Ranña, 2021).

Várias vertentes do pensamento clínico estiveram presentes desde os inícios da construção dessa clínica, entre elas a psicossomática da primeira infância, tendo sido uma das pioneiras e muitas contribuições nos trouxeram.

A psicossomática da infância foi estudada, principalmente na segunda metade do século xx, sendo área de confluência interdisciplinar entre a Psicanálise, a Psiquiatria Infantil e a Pediatria (Ranña, W e Volich, R, 2024).

A implicação de determinantes psicogênicos em inúmeras patologias infantis vai delineando um campo de pesquisas, com conceitos metapsicológicos próprios e que não podemos deixar de considerar na clínica de bebês e de crianças pequenas.

O bebê é o puro real e as somatizações são os meios pelos quais expressa seu mal-estar. O processo através do qual vai ser constituído um sujeito ocorre no litoral entre organismo e as inscrições psíquicas. Para estabelecermos as bases teóricas dessa clínica atravessamos um grande percurso.

Do bebê e da criança mítica, pensada a partir do inconsciente descoberto na análise de adultos, até chegarmos na criança e no bebê real, acolhido numa relação e vivenciando seu desenvolvimento e sua constituição subjetiva, na psicanálise contemporânea, percorremos um longo percurso, aprendendo a integrar os impasses constitutivos aos distúrbios funcionais e lesionais, numa clínica transdisciplinar. Nessa clínica não devemos ser ludibriados pela oposição paralisadora entre o orgânico e psíquico, mas pela potência da detecção o mais cedo possível e das intervenções precoces.

Segundo Norma Bruner (Bruner, 2014), no seu livro “Vida e morte no brincar”, a psicanálise foi pioneira e por muito tempo solitária no estudo dos problemas mentais da infância. São 100 anos de história da psicanálise com crianças e bebês. Os parceiros da psicanálise com bebês e crianças de primeira hora foram a educação e a pediatria. A psiquiatria biomédica não se interessou pela infância e apareceu nesse campo de cuidados na década de 80, portanto mais recentemente.

Para a medicina existe o organismo regido pelas leis biológicas e o sujeito não se implica nos processos do adoecimento, como afirmamos acima. Mesmo as psicopatologias seriam uma espécie de doença infecciosa que acometeria, ou infeccionaria o organismo, que reage pelas leis naturais. O sujeito é forcluído, o sujeito do inconsciente fica elidido, assim como não se pensa no sujeito e sua posição no laço social e no seu lugar na história.

Muito já teríamos que dizer sobre esse reducionismo na medicina. Foi grande, e ainda é, a batalha para transformar o ensino nas escolas de medicina que levasse em conta os determinantes históricos, sociais e subjetivos das doenças, da integralidade biopsicossocial e da importância dos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. E muito há que se fazer para ampliar e melhorar a formação médica.

Para o discurso médico se existe uma lesão de órgão o caso é de seu domínio. Mas quando não existem alterações patológicas para explicar os sintomas e disfunções, afirma-se que o paciente não tem nada e mandam o caso para o psicólogo. Somos então especialistas nesse “nada”. É aí que entram os conceitos de somatizações, que podem ser da ordem das conversões históricas ou dos fenômenos psicossomáticos.

Há muito tempo temos evidências de que o sujeito é psicossomático e que é um reducionismo não considerar os processos de constituição de imagem inconsciente de corpo (Françoise, 2017) e dos efeitos da ordem simbólica no adoecer humano (Ranña, 1997).

Partindo daí a experiência e a pesquisa nesse campo da escuta e do cuidado atravessados pela psicanálise, teve seus avanços para atender em análise pacientes somatizadores e pacientes que apresentam problemas e impasses nesse caminho. São grandes sofrimentos somáticos que ficam nesse espaço desconhecido e complexo.

Podemos falar em somatização nos bebês?

O bebê expressa principalmente através do corpo seu mal-estar e sempre temos que avaliar se estamos diante de um problema, de uma crise passageira, diante de um distúrbio, ou ainda de uma doença. Por exemplo, no autismo o que está disfuncional é o repertório de processos psíquicos primários, corporais e comportamentais na relação com o outro semelhante, que vão ter consequências diversas na entrada desse sujeito na linguagem, na constituição de uma imagem de corpo e de uma posição de sujeito.

Estamos vendo nas sucessivas publicações do DSM a complexidade de expressões que são alteradas a cada publicação. Primeiro adotam-se uma classificação por categorias diagnósticas, num referencial nosológico. Depois adotam-se o referencial dimensional, emergindo o termo espectro. Assim o Transtorno Global do Desenvolvimento, o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, o Transtorno de Kanner, o Transtorno de Asperger, entre outros, compunham as hipóteses classificatórias. Depois com a proposta de uma abordagem dimensional no DSM V tudo torna-se Transtorno do Espectro do Autismo, leve, moderado e grave. Essas mudanças vão interferir no cenário epidemiológico e os autismos de 1/10000 foram para 1/68, em cerca de duas décadas (Bursztein, 2016).

Importante destacar que o diagnóstico médico e o diagnóstico psicanalítico são produzidos por referências diferentes. O primeiro é nosológico, clínico e classificatório, sendo estabelecido numa consulta, enquanto outro é estrutural, tomando como referência a constituição da subjetividade e é produzido longitudinalmente e em vários contextos. O diagnóstico em psicopatologia com referência na psicanálise é produzido na transferência.

Na medicina o corpo se reduz ao organismo regido pelas leis biológicas e as doenças são acontecimentos naturais e ocorrem de forma desvinculada do sujeito. Esse reducionismo da medicina não se limita à exclusão somente do sujeito do inconsciente, mas com frequência são excluídos os determinantes sociais e históricos. A integralidade biopsicossocial é bastante excluída das formas de entendimento e abordagens das doenças e constituem-se numa aporia, pois não se pode ter como referência apenas uma epistemologia biomédica. Na psicanálise o organismo é atravessado pelo imaginário, que o desloca para a lógica do corpo e sua imagem, e é atravessado pela linguagem, que o coloca na lógica do simbólico e do sujeito do inconsciente. Sendo assim, o diagnóstico médico embora queira ser hegemônico, acaba sendo reduzido, pois não podemos abstrair a condição do sujeito da fala e do corpo, que é o lugar do desejo e do gozo.

Hoje penso que as acirradas discussões em torno desses temas são resultado de uma forte presença, ainda no século XXI, das concepções eugenistas e de supremacia racistas, que deram base para que atrocidades como a escravidão e o genocídio estivessem entre as práticas colonizadoras de domínio na nossa história. Para perpetrarem essas modalidades de violência e exercício do poder, lançaram mão de formas de naturalização daquilo que era da ordem do discurso.

Vamos nos restringir, no entanto, à discussão sobre as relações entre corpo e mente, ou melhor, entre corpo e aparelho psíquico, ou ainda entre organismo, corpo e linguagem. Tema epistemológico espinhoso, complexo e ainda aberto para muitas pesquisas, entre as quais a “clínica com bebês” trouxe importantes contribuições.

Freud nunca abandonou essa preocupação e sobre ela depreendemos dois pontos dos escritos do autor:

- 1 – A inequívoca unidade entre corpo e psíquico;
- 2 – A complexidade e a grande ignorância que existe nesse campo.

Desde os primórdios da psicanálise esse tema foi pensado e considerado. O texto “Projeto para uma psicologia científica” aborda esse tema e foi silenciado, quase destruído por Freud. Segundo Benilton foi porque Freud achava o texto incompleto e que lhe faltavam muitos conhecimentos na época, considerando-o muito especulativo (Bezerra Jr, 2013). Na atualidade com os avanços da epigenética e da neurociência muita luz incidiu sobre esse campo complexo. Estamos no momento da transdisciplinaridade e da aproximação entre o inato, natural e o adquirido, ou constitutivo. As ciências humanas e as ciências biológicas estão muito mais próximas e interdependentes e a imanência vem ocupar um lugar de destaque nessa questão.

Por outro lado, a descoberta do inconsciente e das possibilidades abertas pela clínica da escuta, foram infinitas e provavelmente Freud vislumbrou a possibilidade de muitos avanços nesse campo pela clínica psicanalítica, deixando em suspenso as correlações neurofuncionais que dão sustentação aos processos psíquicos. Freud sempre foi atento para a concepção de que não podemos pensar num aparelho psíquico suspenso no ar e isolado de sua base biológica.

Freud não pensou em psicossomática, mas trouxe muitas contribuições para o estudo da metapsicologia das somatizações. E nesta vertente temos dois conceitos: o das conversões, o chamado salto do psíquico

no somático e o de neurose atual, dentro da neurastenia e neurose de angústia, onde excessos da libido não representada eram descarregadas no corpo. Mais adiante Freud formula o conceito de pulsão de morte e sua ação destrutiva sobre a vida. No texto “O problema econômico do masoquismo” aponta para um gozo do sofrimento, na intricação entre pulsão de vida e pulsão de morte. Esses pontos vão ser considerados e desenvolvidos pela psicossomática psicanalítica posteriormente.

Como as relações entre corpo e mente foram abordadas na psicanálise depois de Freud?

Primeiro podemos dizer que essa relação é uma absoluta realidade e que muita coisa absurda foi feita ao negá-la. Um exemplo que podemos destacar é sobre as inadequadas formas de se abrigar crianças em instituições ou em hospitais, que até 1980/90 eram desumanas e iatrogênicas, impedindo a permanência dos pais e desconsiderando as necessidades psicossociais da criança. O conceito e quadro psicopatológico do hospitalismo foi importante para as mudanças necessárias nas formas de internação.

Como afirma Lacan, citado por Mario Eduardo Costa Pereira, a psicanálise e outras formas de se abordar a integralidade do humano biopsicossocial, poderia ser a flor da medicina, mas nos últimos anos temos visto o recrudescimento de concepções reducionistas e medicalizadoras. Estamos diante de um retrocesso (Pereira, 2020).

Na psicanálise temos três vertentes importantes no estudo da relação entre corpo e mente: a psicanálise clássica, a psicossomática psicanalítica e a epistemossomática. As três contribuíram para a criação de uma metapsicologia que inclui o corpo e os fenômenos psicossomáticos.

Na psicanálise clássica a clínica da presença do corpo e seus sofrimentos, aparece na histeria com as conversões e nas crises de angústia com o pânico e seus efeitos no corpo.

Na psicossomática psicanalítica, que tem em Pierre Marty seu expoente, as somatizações são conceituadas como fora da conversão, ou do retorno do recalado, sendo ligadas às falhas na mentalização, destacando as depressões sem objeto e os excessos pulsionais desertados da palavra (Marty, 1994).

A epistemossomática vai ser constituída no campo da clínica dos fenômenos psicossomáticos, termo proposto por Lacan. A conceituação dos Fenômenos Psicossomáticos (FPS) como sendo diferente da neurose e, portanto, das conversões, exigiu a construção de um edifício metapsicológico diferente dos estabelecidos para o recalque e seus retornos e foi importante para a pesquisa com as somatizações. Da mesma forma que o conceito de Foraclusão foi importante para a clínica das psicoses.

Destaca-se então que a intersecção, ou encontro, da psicanálise com a medicina foi em primeiro lugar através do chamado retorno do recalado e com os sintomas neuróticos, como as conversões histéricas, que mostravam ser determinados por outra anatomia e fisiologia - a do corpo erógeno - diferente do corpo nas concepções biomédicas das doenças orgânicas clássicas. Muitos sintomas foram e são abordados e resolvidos pela escuta e pela interpretação. Foi o chamado salto do psíquico no somático, conhecido e exitoso.

A outra vertente foi a psicanálise do trauma e da pulsão de morte. As experiências traumáticas produzem um congelamento da memória, criando um ponto vazio e mudo no aparelho psíquico, ponto de eclosão de distúrbios funcionais e lesionais, principalmente e mais persistentes quando o trauma ocorre na infância. A violência deixa marcas devastadoras para o equilíbrio psicossomático do sujeito. As guerras, as diásporas, a violência institucional, o racismo estrutural, deixam marcas que colocam o sujeito capturado numa dinâmica da repetição destrutiva.

Esse campo da investigação clínica ganhou um avanço ao se diferenciar o sintoma neurótico, que implica num retorno do recalado, do fenômeno psicossomático resultante de uma falha na simbolização. Lacan foi um dos pioneiros em estabelecer que o fenômeno psicossomático não era da ordem do sintoma da neurose, este sim deslocado pela palavra e interpretações, estando então no interior do aparelho psíquico, na cadeia de significantes, sendo produzido pelos deslocamentos e condensações, ou pelo significante e suas metonímias e metáforas.

Já o fenômeno psicossomático, além de ter uma realidade física, ou patológica, era da ordem do não-sentido ou uma falha da simbolização. O inconsciente não consegue ler o fenômeno, sendo este sem sentido, mudo. É um hieroglifo, uma assinatura, uma holófrase, ponto de congelamento da cadeia de significantes. É uma “forclusão localizada” (Nasio, 1993), o que coloca o FPS mais próximo da psicose do que da neurose (Lacan, 1954-55, Lacan, 1955-56).

Alergias, dores, arritmias, retocolite ulcerativa, vitiligos, alopecias, cólicas, insônias, refluxos gastroesofágicos, enureses, encopreses etc. são fenômenos em que a palavra fica excluída.

Inaugura-se dois pontos metapsicológicos importantes: o trauma e o excesso pulsional sem representação ou simbolização. Decorre daí a direção no tratamento, que não vai na linha do retorno do recalado, mas na linha da construção em análise. O traumático cria um “vórtice”, um “buraco”, mudo e cego, na representação ou na simbolização.

O trabalho terapêutico vai mais na linha de construir representações, em oposição às interpretações. A clínica vai estar mais referida à função materna, no face a face, sem divã. Estamos então no momento lógico de uma metapsicologia do narcisismo primário, da passagem do organismo para um corpo e do corpo para o sujeito.

Mais tarde nos escritos de Lacan emerge o conceito de escrita e de um **S1** atado ao corpo, tipo uma tatuagem, sem **S2**, ou ainda a colagem entre S1 e S2. Esse conceito aponta para uma falha no momento da separação, que vem depois da alienação e antes da subjetivação nos tempos da constituição. Mais adiante ainda, o nó boromeano entra em cena e o FPS seria um real, um salto do corpo no psíquico, que precisa ser recoberto pelo imaginário e pelo simbólico. Um gozo que se mostra desertado da palavra e que precisa entrar na cadeia de significantes, a única capaz de barrá-lo.

Jean Guir (Guir, 1988) chega a afirmar que no fenômeno sempre há lesão, tais como: as alergias, as retocolites ulcerativas, os vitiligos, a autoimunidade etc.

Nasio (Nasio, 1993), concordando com essa separação entre o que é da ordem do retorno do recalçado e da ordem do não inscrito ainda, pensa que o fenômeno psicossomático é uma formação do objeto **a**, ou seja, uma forclusão e não uma formação do inconsciente. Nasio afirma que o FPS, a passagem ao ato e o delírio são expressões do fechamento do sujeito para a cadeia significante.

Mas é importante assinalar que a diferenciação entre sintoma neurótico e fenômeno psicossomático vai ser estabelecida na clínica pela transferência com pacientes somatizadores. Diante de uma somatização temos que ver o que é da ordem da doença, do sintoma neurótico e do fenômeno, o que só poderá ser feito a partir da identificação da estrutura do sujeito. Na clínica sem uma escuta inicial, sem as primeiras sessões, não podemos identificar diante de qual tipo de somatização estamos e conseqüentemente só depois saberemos a direção do cuidado. Não existe a possibilidade de um diagnóstico em uma consulta de 15 minutos nem tampouco numa única sessão.

As etapas, ou momentos lógicos de constituição subjetiva, identificadas na transferência são a referência.

Aqui entra a experiência da clínica com bebês com problemas graves na subjetivação, apresentando distúrbios funcionais ou lesionais crônicos.

Hoje temos uma concepção de um bebê mais sensorialmente e perceptivamente implicado na relação com o outro, outro esse que terá a função de uma matriz de onde se constituem um corpo e um sujeito. A função materna não é mais vista como tendo que dar ordem num vazio, ou no caos no bebê, mas está diante do desafio de entrar em relação com uma singularidade, numa via de mão dupla. Um bebê disfuncional pode destruir a competência de pais sadios mentalmente. Existem impasses, crises e muitas emboscadas nesse caminho do bebê até tornar-se um sujeito e a clínica atravessada pela psicanálise nesse campo passou a ser fértil para o estudo dos fenômenos psicossomáticos.

Diante dessas pesquisas temos que situar então o lugar e papel das somatizações nos bebês.

Primeiro, a somatização ocorre em todas as estruturas. Pode ser um acontecimento passageiro, estar presente nos quadros neuróticos, mas para isso a constituição tem que estar avançada e quando já há recalque e seu retorno, portanto depois do Édipo. Os FPS estão presentes nos casos em que a constituição de imagem de corpo e subjetivação estão em questão. O bebê como puro real num primeiro momento precisa da prótese psíquica do outro, semelhante. É pelo trabalho nas terapias conjuntas pais bebês que vamos identificar após coup se estamos diante de uma falha no cuidado, na linha dos **excessos**, que repercutem nas cólicas, nas insônias, nas perdas de fôlego e nas alergias, ou então estamos diante da **privação** de cuidados, que encontramos nos hospitalismos, nas distorções do autoerotismo, ou ainda se estamos diante de dificuldades no processo constitutivo, da **exclusão** do outro, que resultam na ausência de interação com o manhês, com o olhar, nos comportamentos autoagressivos, ou ainda na repetição mortífera, presente nos mericismos e nas encopreses, sendo que nestes casos estamos diante de risco de autismo. (Ranña e Volich, 2024).

Nos casos em que o sujeito claudica e não se constitui, a presença de FPS é a regra. Insonias, cólicas, refluxos, alergias alimentares, comportamentos esquivos, hipersensibilidades auditivas, visuais, alterações nos “fidgety movements”.

Os FPS podem estar associados aos excessos de presença e falhas na separação como afirmamos acima. Assim, a angústia de separação, que podemos considerar um sinal de subjetivação, vai estar ausente e a alteridade será elidida, desencadeando vulnerabilidades somáticas, entre elas as alergias. No polo oposto, podemos encontrar o vazio libidinal, que pode potencializar deficiências na resposta imunológica levando às infecções repetidas.

As dificuldades para entrar em interações, que estão com frequência claudicando nos autismos, podem estar associadas a distúrbios na construção de imagem de corpo, incluindo falhas na integração sensorial e motora, podendo se manifestar no eixo visceral, com emergência de alergias, refluxos, entre outros distúrbios funcionais e lesionais.

Alterações de ordem genética ou neurológicas, tais como a hipótese dos neurônios espelhos disfuncionais, são teorias que nasceram das pesquisas das neurociências e procuram explicar as dificuldades na interação com a voz, com o olhar e com rosto materno, ou ainda no estranhamento excessivo. Essas alterações vão interferir nas funções viscerais e na integração neurossensorial, determinando um desequilíbrio psicossomático, com frequência encontrado em casos em que a subjetividade está em risco. Porém, é importante destacar que essas possíveis dificuldades, quando precocemente detectadas e precocemente cuidadas, podem ter uma evolução favorável.

Hoje fala-se muito das falhas no sistema de neurônios espelho para reduzir as possíveis alterações ao campo neurológico. Porém estas alterações que repercutem em processos perceptivos e no repertório de competências para entrar em sintonia com o cuidador, criam um caminho atípico no desenvolvimento e na imagem inconsciente de corpo (Dolto, 2017). A clínica ensina que essas alterações podem ser identificadas e cuidadas, através da **intervenção precoce**, transdisciplinar e apoiadas na epigenética e na neuroplasticidade.

A parceria com os pais é indispensável, e os mesmos também devem ser incluídos no projeto terapêutico. Os pais geralmente estão em crise diante dos problemas apresentados pelo bebê atípico, que incide sobre eles como uma ferida narcísica necessitando cuidados.

Sempre estivemos advertidos de que um bebê disfuncional pode enlouquecer pais ótimos cuidadores e podem levar uma família ao caos, destruindo a competência dos pais.

As terapias conjuntas pais-bebês de bebês com problemas funcionais, lesionais e/ou com impasses na constituição e que apresentam risco de subjetivação, entre eles o autismo, foram importantes para a construção desse edifício metapsicológico.

Esse fazer psicoterapêutico tem como eixo principal a transdisciplinaridade, estabelecida a partir dos encontros multiprofissionais e interdisciplinares entre os especialistas. O acolhimento dos pais e outros cuidadores deve integrar o projeto terapêutico, sempre na perspectiva de que é de casos como o de Manuel, exposto no início, que estamos cuidando.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bezerra Jr., B. Projeto para uma psicologia científica. Freud e as neurociências. Em: Para ler Freud. Civilização Brasileira, 2013.
- Bruner, N. Vida e morte no brincar: a função do brincar e o trabalho do luto na clínica psicanalítica de bebês e crianças com problemas no desenvolvimento. Norma Bruner. 1ª ed. – São Paulo: Via Lettera, 2024.
- Bursztein, C. Evolução dos conceitos de autismo e de psicose na criança. Em: Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância. Laznik, M.C. e colaboradores. São Paulo: Instituto Langage, 2016, pg. 10.
- Françoise, D. A imagem inconsciente de corpo/ Françoise Dolto, 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.
- Guir, J. A psicossomática na clínica laciana. Rio de Janeiro, Zahar, 1988.
- Lacan, J. As psicoses (Livro 3, 1955-56). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.
- Lacan, J. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (Livro 2, 1955-56). Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- Marty, P. A psicossomática do adulto. Porto Alegre: artes Médicas; 1994.
- Nasio, J. D. Psicossomática. As formações do objeto a. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1993.
- Pereira, M. E. C. Psiquiatria baseada no sujeito: o sujeito da psicanálise como fundamento ético para a clínica médica e psiquiátrica. Em: Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça. Inês Catão, organizadora. Salvador: Algama, 2020, pg. 78.
- Ranña, W. Detecção precoce: do sinal à narrativa. Em Revista Cais- Passagem- vol. 2 Diálogos na clínica com bebês. Artesã Editora, 2021, pg. 31.
- Ranña, W e Volich, R. Psicossomática na clínica pediátrica – entre a pediatria e a psicanálise. Em: Pediatria e saúde mental; implicações frente às mudanças do século XXI/coordenação Denise Feliciano. 1ª ed – Rio de Janeiro: Atheneu, 2024, pg. 297.
- Ranña, W. Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. Em: Psicossoma: psicossomática psicanalítica. Ferraz e Volich, organizadores. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1997, pg.103.

## Intervenção precoce e educação inclusiva

ÉRIC PLAISANCE<sup>1</sup>

PALESTRA NO COLÓQUIO « CLÍNICA DE BEBÊS », BELO HORIZONTE,  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MEDICAL DE MINAS GERAIS  
6 ABRIL 2024

Primeiramente quero dizer que estou extremamente feliz por estar presente nesse congresso internacional e agradeço calorosamente à equipe organizadora e em especial à superintendente do CAIS, Cristina Abranches pelo convite. Destaco um ponto importante: conheço bem o CAIS, que visitei várias vezes e onde participei de diversas reuniões da equipe para discutir a educação infantil, apresentando minha experiência internacional.

Apresento para vocês um duplo tema: intervenção precoce e educação inclusiva. São dois temas que também apresentei e trabalhei nos seminários que ministrei na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Nesses seminários convidei vários colegas estrangeiros, principalmente de Portugal e França, para participarem nos debates e interajam com os estudantes universitários. Penso que essa perspectiva internacional é importante para melhor refletirmos sobre as realidades nacionais e definirmos melhor as orientações práticas.

Vocês entenderam, portanto, que me refiro a dois grandes tipos de reflexão. Uma diz respeito a trabalhos científicos em que participei, por exemplo em inquéritos internacionais, a outra diz respeito a trabalhos que têm o objetivo explícito de melhorar situações, de prosseguir objetivos práticos para um melhor acolhimento das crianças e a formação de profissionais. Refiro-me frequentemente a trabalhos que incluem ambas as orientações, digamos muito esquematicamente, uma orientação teórica e uma orientação prática, não em oposição, mas, pelo contrário, em necessária complementaridade.

### INTERVENÇÃO PRECOCE

Começamos com a noção de intervenção precoce. É uma expressão especificada em muitas obras em língua inglesa, especialmente nos Estados Unidos, onde manuais inteiros são dedicados a ela e onde também são definidas orientações práticas. Na França, o vocabulário mais utilizado é um pouco diferente, é o da *ação médico-social precoce*, definida em 1975, e que diz respeito a estabelecimentos e serviços para crianças pequenas com diferentes perturbações do desenvolvimento. Infelizmente, essa expressão um

---

1 Professor Emérito da Universidade Paris Cité (Sorbonne), Centro de Pesquisa sobre os Laços Sociais-CERLIS. Professor visitante da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. E-mail: erplaisance@gmail.com

tanto antiga, mas ainda utilizada oficialmente, não faz referência explícita à dimensão fundamental da educação infantil, aproximadamente dos 0 aos 6 anos.

A definição mais comum de intervenção precoce é a de um conjunto de ações multidisciplinares destinadas a crianças de 0 a 6 anos que apresentam sinais ou riscos de deficiências diversas, bem como aos seus pais. A noção tem a vantagem de enfatizar diversas práticas que não podem ser isoladas umas das outras, precisamente de acordo com as características globais do desenvolvimento da criança. A intervenção precoce é necessariamente multifacetada e inclui necessariamente a educação precoce e, cada vez mais, hoje, o objetivo da educação inclusiva, que irei desenvolver mais tarde.

Nesse quadro geral, a intervenção precoce centra-se no desenvolvimento das diversas capacidades da criança, quaisquer que sejam as suas dificuldades. Prefiro dizer dificuldades ou transtornos em vez de incapacidade ou deficiência, porque é menos estigmatizante. Dentre essas dificuldades, algumas podem ser reconhecidas desde o nascimento: é o caso das crianças denominadas “portadoras de síndrome de Down” (o síndrome de Down) ou das crianças com paralisia cerebral, de origem perinatal. Mas muitas vezes é difícil identificar precocemente crianças pequenas que mais tarde serão reconhecidas como apresentando, por exemplo, uma deficiência intelectual. É mesmo comum que as preocupações parentais com o desenvolvimento da criança só se manifestem mais tarde, quando a criança começa a frequentar uma instituição coletiva, como uma creche, um jardim de infância ou uma escola materna. A comparação com o desenvolvimento de outras crianças pode gerar um alerta. Aparecem então questões delicadas sobre as relações entre pais e profissionais da primeira infância que levantam hipóteses de sinais de alerta, por exemplo, de um possível atraso psicomotor, ou mesmo de um retardamento mental.

## QUAIS SÃO OS OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PRECOCE?

O objetivo da prevenção está no centro das intervenções precoces. No domínio da saúde é clássico distinguir diferentes níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária. Lembro que a prevenção primária visa evitar o possível surgimento de doenças ou deficiências (e estou pensando aqui na vacinação); a prevenção secundária permite identificar perturbações no desenvolvimento, muitas vezes em situações complexas em que as condições de saúde, sociais e culturais estão interligadas; por último, a prevenção terciária que visa evitar o agravamento das dificuldades já existentes. Na prática, os três níveis de atuação estão fortemente interligados se quisermos implementar as ações mais eficazes com uma abordagem multidisciplinar, ao mesmo tempo médica, paramédica, psicológica, educacional, etc.

A perspectiva da prevenção exige uma maior clarificação dos objetivos prosseguidos, o que é essencial se pensarmos nos debates e controvérsias suscitados pelos projetos sócio-políticos franceses na década de 2000 sobre a detecção precoce de perturbações comportamentais. Vários relatórios oficiais sobre distúrbios de conduta em crianças foram publicados. O ponto mais escandaloso foi o objetivo de identificar numa criança turbulenta de 3 anos sinais de alerta de possível delinquência numa idade posterior. Foi portanto necessário identificar e tratar precocemente as instabilidades... para proteger a sociedade! Um projeto de lei, felizmente não implementado, foi até apresentado nesse sentido. As críticas mais fortes,

apoiadas em argumentos fortes, foram reunidas por um grupo de pesquisadores sob o título “Proibido zero conduta para crianças de três anos” (2011).

O que aprendemos com essas histórias lamentáveis em que estiveram envolvidos parlamentares, mas também, infelizmente, pesquisadores (INSERM)? Isso leva a uma reflexão muito útil para além dessas circunstâncias francesas dos anos 2000. É de fato fundamental distinguir prevenção e previsão. A previsão pressupõe uma visão *a priori* do futuro da criança em questão, baseada em categorizações de comportamentos infantis e, além disso, essa previsão corre o risco de estigmatizar não só a criança, mas um conjunto de populações que podem ser consideradas vulneráveis, por exemplo do ponto de vista social. A prevenção bem compreendida é outra coisa. Segundo o mesmo movimento “Proibido zero conduta para crianças de três anos” (2011), deve ser “uma prevenção atenciosa”, ou seja, uma prevenção que reconheça a singularidade e as incertezas do desenvolvimento de cada criança. As recomendações desse coletivo foram então essas: 1. Promover condições favoráveis de acolhimento, apoio e educação para as crianças e seus pais (apoio à parentalidade). 2. Apoiar serviços públicos de saúde coletiva para crianças. 3. Basear-se na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança.

Análises adicionais também recordam as conquistas essenciais do período pós-Segunda Guerra Mundial na França: acesso universal e gratuito aos serviços de prevenção. A abordagem preventiva na Proteção Materno-Infantil-PMI dirige-se, como a expressão indica, tanto à mãe como à criança. Não se trata de uma identificação precoce das dificuldades nem mesmo, com aparentes boas intenções, da identificação de fatores de risco, que muitas vezes são também representações deterministas e estigmatizantes. É necessária, diz um autor francês, Pierre Suesser, “uma atenção preventiva sutilmente precoce”<sup>2</sup> (Pierre Suesser, 2012). Cito: “a prevenção, concebida como uma prática prudente de antecipação baseada passo a passo na memória e nas experiências das crianças e das suas famílias, incentiva o estabelecimento de caminhos e bifurcações pelos quais elas possam progredir”<sup>3</sup> (p.51). Tal prevenção não visa perpetuar objetivos diagnósticos estigmatizantes, mas visa, no quadro de políticas inclusivas, a ancoragem em ambientes ordinários de vida, respeitando a singularidade do desenvolvimento de cada criança e do processo parental, a promoção de condições de acolhimento e educação favoráveis para todas as crianças, sejam elas quais forem (Eric Plaisance e Sylvie Rayna, 2016). Acrescentaria também que a intervenção e a educação precoces requerem atenção às capacidades existentes da criança e dos seus pais, e não uma concentração nas deficiências e fracassos. De um modo geral, é essencial fortalecer as competências da própria criança, mas também incentivar as práticas de adultos próximos que ajudam a desenvolver, fortalecer ou mesmo desenvolver capacidades. Nesse quadro de atuação, os profissionais são chamados a promover e reforçar as competências dos pais para com a criança. Concentramo-nos, então, nos pontos fortes e não nos pontos fracos das crianças e das pessoas no ambiente. A ênfase está na capacidade de agir (empowerment) e na aquisição de autonomia, nas capacidades dos pais para “enfrentar” e adotar rotinas adequadas para com o seu filho. A intervenção baseia-se então na “resiliência” das pessoas, ou seja, na sua capacidade de

---

2 Tradução nossa

3 Idem

“se recuperar”, de “se recompor” diante das dificuldades, não isoladamente, mas graças a estratégias de ajuda que os apoiam: é uma “resiliência assistida” (Ionescu 2011). O conceito de resiliência, considerado nessa perspectiva de desenvolvimento, permite resumir essa capacidade, muitas vezes insuspeitada ou minimizada pelas pessoas, de utilizar os seus recursos pessoais.

## RUMO AO NOVO PARADIGMA INCLUSIVO

No setor da educação, houve uma mudança radical de perspectivas: a educação “inclusiva” tomou o lugar não só da educação “especial”, mas também da educação “integrativa”. Tal mudança não se limita a uma simples mudança de vocabulário que seria apenas novos enfeites de velhas práticas. A educação especial era a educação em locais separados do ambiente comum e, na maioria das vezes, com profissionais que eram eles mesmos diferentes dos profissionais de locais comuns. Era (às vezes ainda é?) uma cultura de separação para crianças especiais e profissionais especiais! Fortes críticas foram formuladas contra essa ilusão do desenvolvimento do “especial” para resolver os problemas do acolhimento das diferenças: risco de desenvolvimento do especial sem limites claros entre o normal e o patológico, estigmatização das populações, ausência ou limitação do futuro para crianças ou adolescentes considerados “anormais”. Na verdade, durante um longo período, pelo menos até ao final da década de 1960, e sob a cobertura de categorizações subtis, as noções de ineducabilidade e semi-educabilidade excluíram um grande número de crianças do ambiente escolar comum.

Mas, na perspectiva da educação inclusiva, foi dado mais um passo em termos de ambição educativa: envolve a adaptação das instituições educativas comuns à diversidade das crianças e a superação das barreiras às aprendizagens. Estamos, portanto, ao oposto das práticas habituais, e ainda muito vivas, que pedem à criança que se adapte às instituições e práticas existentes que permaneceriam inalteradas. No entanto, ainda se questiona frequentemente a vantagem ou não das situações inclusivas em comparação com as “especiais”, por exemplo, para uma melhor atenção às diferenças. Ora, os numerosos estudos internacionais sobre a escolarização revelam, na verdade, melhores resultados a favor da educação inclusiva para a alfabetização, para as capacidades adaptativas das crianças quando são postas em prática boas atividades individualizadas. No entanto, permanecem frequentes preocupações sobre o fosso entre, por um lado, as orientações gerais, os princípios favoráveis, os compromissos políticos e sociais e, por outro lado, as práticas, as implicações diretas dos profissionais no seu campo de atuação. Perante rupturas entre intenções e ações, devemos, portanto, promover a “inclusão responsável”. São, portanto, necessários apoios à implementação efectiva de directrizes inclusivas: desenvolvimento de políticas inclusivas globais, renovação da formação básica, apoio aos profissionais na prática e assistência especializada quando necessário (Ebersold, Plaisance, Zander, 2016).

## EDUCAÇÃO INCLUSIVA DESDE A PRIMEIRA INFÂNCIA. UMA PESQUISA EUROPEIA.

O tema geral da “inclusão” é valorizado pelos órgãos políticos europeus em diferentes áreas, incluindo ao nível do emprego e do combate à pobreza, mas a área da educação é considerada central na preparação das crianças para a cidadania e para o encontro com o outro diferente. Por exemplo, um documento

publicado em 2007 pelas Comunidades Europeias anunciava: “A Comissão Europeia ajuda a incentivar a inclusão de crianças com deficiência no ensino regular.”

Foi nessas bases que foi lançado e financiado um projeto de investigação sobre educação inclusiva para crianças menores de 6 anos no âmbito dos programas europeus conhecidos como “Comenius”. Participei diretamente na realização desse projeto. Participaram cinco universidades de cinco países: Alemanha (que geriu todo o projeto), Portugal, Suécia, Hungria, França.<sup>4</sup> O objetivo geral do projeto foi fornecer materiais de reflexão sobre as práticas educativas dos profissionais da primeira infância, para o aprimoramento das práticas e sugestões de formação.

A questão geral foi a seguinte: quais são os princípios pedagógicos que facilitam a co-educação e a inclusão de crianças com “necessidades especiais”. Mais concretamente, como podemos praticar a educação em comum, eliminando as barreiras tradicionais que estabelecem a separação dos indivíduos? A inclusão é então definida não como uma realidade já alcançada, mas, pelo contrário, como um processo que permite a criação de um ambiente educativo adequado para todos e acolhedor da diversidade. A noção complementar de heterogeneidade também foi utilizada num sentido muito semelhante, ao introduzir explicitamente a dimensão sociocultural das famílias (heterogeneidade das famílias). Tratava-se, portanto, de compreender como adaptar os conceitos, programas e actividades educativas às necessidades e interesses das crianças e não mais de adaptar as crianças às instituições educativas existentes e aos seus modos de funcionamento, como é tradicionalmente entendido. É uma profunda inversão das práticas que se propõe para desenvolver condições inclusivas, ou seja, condições que permitam estabelecer laços sociais entre todos, colocando prioridade no papel decisivo das condições do ambiente de vida.

Que avaliação rápida podemos tirar de todo este trabalho internacional que combina desenvolvimentos teóricos e análises de exemplos práticos?<sup>5</sup> Notamos primeiro diferenças entre as instituições dos países, nos seus modos organizacionais, nos seus modelos educativos e no estatuto dos profissionais. E as instituições têm nomes muito diferentes: *kindergarten*, *jardins d'enfants*, *pré-écoles*, *écoles maternelles*. Nesse aspecto não há uniformidade. Por exemplo, na Suécia, o modelo educativo é mais orientado como uma família, incluindo na organização da área de recepção que se assemelha a um grande apartamento; na Alemanha, o modelo é centrado na brincadeira, vindo da inspiração pedagógica de Fröbel; na França, o modelo da escola maternal é estruturado academicamente, com um programa de actividades, inclusive para crianças pequenas. Uma orientação francesa de escolarização precoce que infelizmente tende a ser reforçada. Acrescento que eu estava realizando pessoalmente uma investigação no jardim de infância dirigido por Cécile Herrou aqui presente e que pode falar sobre isso muito melhor do que eu. Direi apenas rapidamente que o jardim de infância funcionava segundo a inspiração da pedagogia institucional,

---

4 Trata-se das seguintes universidades: Universidade de Siegen (Alemanha), Universidade do Minho/Braga (Portugal), Universidade Mälardalen/Västerås (Suécia), Universidade Eötvös Loránd/Budapeste (Hungria), Universidade Paris Descartes - Sorbonne/Paris (França) .

5 Dados mais precisos são apresentados em francês em: Kron e Plaisance (2007) e em português em: Kron e Serrano (2014).

privilegiando a não hierarquização e flexibilidade das funções profissionais e o trabalho concertado de equipa. Isso é muito diferente de uma escola maternal tradicional.

Entre as instituições europeias inquiridas, que praticavam o acolhimento da diversidade, notámos grandes pontos comuns sobre as condições favoráveis às práticas inclusivas:

- Trabalho em equipa, apoiando a responsabilidade coletiva, por exemplo perante crianças com grandes dificuldades, e flexibilidade na actuação dos profissionais, em função das necessidades apresentadas;
- Apoio do quadro institucional global, incluindo a hierarquia oficial;
- O papel do espaço, das salas disponíveis, oferecendo diversas possibilidades de atividades tanto para interações entre crianças em grupo quanto para ações assistenciais individualizadas;
- Redes de cooperação com a comunidade em redor e com serviços especializados de atendimento a crianças com necessidades especiais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todas as apresentações anteriores, não enfatizámos a questão muitas vezes considerada central para melhorar as práticas “inclusivas” na educação precoce: a formação de todos os profissionais, na maioria das vezes mulheres. Essa formação não deveria mais seguir o modelo antigo, totalmente inadequado no mundo atual, que era o modelo normativo da missão ou vocação, exigindo a aplicação de práticas previamente definidas. A noção de “Escola Normal” estava explicitamente ligada à ideia de impor um padrão uniforme de instrução (na época, na França, era mais “instrução” do que “educação”, no sentido amplo do termo). A formação verdadeiramente moderna não é mais aquela que consagra um “missionário” nem aquela de uma pessoa dedicada ao “amor à criança”, mas uma formação que desenvolva as capacidades de um profissional no sentido pleno do termo, capaz de reflexão autónoma, inclusive entendida a partir de uma posição de autocrítica e autoavaliação de suas próprias práticas. Além disso, em ligação direta com perspectivas inclusivas, a formação deveria evitar a todo o custo cair na ilusão de uma formação centrada no conhecimento detalhado das perturbações da infância ou deficiências, porque isso cairia na antiga perspectiva, medicalizante ou psicologizante da nosografia. É de um outro tipo de formação que necessitamos para promover práticas renovadas a favor de todas as crianças<sup>6</sup>. Uma formação que facilite o debate sobre situações concretas e que permita a abertura à diversidade, desenvolvendo a capacidade de adaptação das práticas num grupo heterogéneo. Esse é sem dúvida um desafio essencial que pode aproveitar as experiências existentes para desenvolver outros caminhos inovadores.

---

6 No mesmo sentido, o relatório do CNESCO recomenda: “Não treinar simplesmente no conhecimento das deficiências, sob o risco de reforçar uma apreensão excessivamente essencialista ou de considerar que as características da criança são a ‘base do problema’. A formação deve promover uma compreensão contextual e ecológica da situação de aprendizagem.” (Ebersold, Plaisance, Zander, 2016)

Gostaria de terminar mencionando a ligação fundamental entre a educação inclusiva e o contexto sociopolítico. Digo isto rapidamente, mas depois podemos voltar a essa questão. A educação inclusiva não é apenas uma questão de pedagogia. É também uma questão antropológica e uma questão política. Do lado da antropologia, ela está diretamente ligada à representação do outro, à sua possível diferença em relação a um padrão de apresentação de si e de comportamento. Historicamente, visões pejorativas e discriminatórias têm sido dominantes, levando à rejeição do outro, em margens sociais e a atribuição de crianças com aparência incomum a instituições especiais fechadas. Mas há de acrescentar que, do lado político, a educação inclusiva está mais amplamente ligada a políticas inclusivas que são construídas em contextos favoráveis à democracia. O Brasil é um exemplo significativo das lutas a favor da educação inclusiva diante de um governo, felizmente cancelado, que queria retornar a estruturas separadas para crianças e adolescentes considerados incapazes e inaceitáveis entre os demais. Uma lição importante emerge dessa situação: a fragilidade da educação inclusiva e a sua estreita ligação com as opções políticas nas sociedades modernas. A educação inclusiva é uma escolha social e, fora de um contexto político democrático, corre grande perigo.

## REFERÊNCIAS

- BEDOIN, D.; JANNER-RAIMONDI, M. (dir). **Petite enfance et handicap. Famille, crèche, maternelle.** Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 2016.
- COLLECTIF « Pas de zéro de conduite ». **Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans.** Toulouse: Ères, 2006.
- COLLECTIF « Pas de zéro de conduite ». **Petite enfance : pour une prévention prévenante.** Toulouse: Ères, 2011.
- EBERSOLD, S.; PLAISANCE, E.; ZANDER, C. **École inclusive pour les élèves em situação de handicap. Accessibilité, réussite scolaire et parcours individuels.** Rapport para a conferência de comparaisons internationaux. Conseil national d'évaluation du système scolaire-CNESCO, Paris, 2016.
- GARDOU, C. **A sociedade inclusiva. Falemos dela! Não há vida minúscula.** Belo Horizonte: Editora UFMG-Fino Traço Editora, 2018 (original em francês, 2012).
- GURALNICK, M. J. **Effective Early Intervention. The Developmental Systems Approach.** Baltimore: Paul H Brookes Publishing, 2019.
- HERROU, C.; KORFF-SAUSSE, S. **Intégration collective des jeunes enfants handicapés. Semblables et différents.** Toulouse: Ères, 1999.
- HERROU, C. **Inclure sans conditions les jeunes enfants handicapés.** Toulouse: Ères, 2023.
- INTERNATIONAL SOCIETY ON EARLY INTERVENTION (ISEI -USA). **Info@isei-earlychildhoodintervention.org.**
- IONESCU, S. (dir). **Traité de résilience assistée.** Paris: PUF, 2011.

## II CONGRESSO INTERNACIONAL E III CONGRESSO NACIONAL CLÍNICA DE BEBÊS

JANNER-RAIMONDI, M. (dir). **Petite enfance et politique inclusive: quelle prise en compte du handicap?** Spirale, Revue de recherches en éducation, 2016, n° 57.

KRON, M.; PLAISANCE, E. (dir). **Grandir ensemble. L'éducation inclusive dès la petite enfance.** Suresnes: Institut national supérieur de formação e de pesquisa para a educação dos jovens handicapés e os ensinamentos adaptados (INSHEA), 2012.

KRON, M.; SERRANO, A. M.; LIMA AFONSO, J. (dir). **Crescendo juntos. Passos para a inclusão na educação da infância.** Porto: Porto Editora, 2014.

PLAISANCE, E. **Ética e inclusão.** Cadernos de Pesquisa (FCC, SP), 2010, v. 40, n. 139, p. 13-43.

PLAISANCE, E.; RAYNA, S. (dir). **Présentation du dossier « Inclusion sociale et petite enfance ».** La nouvelle revue de l'adaptation e de a escolarização (INSHEA), 2016, n° 72, p. 7-14.

SUESSER, P.; COLOMBO, M.-C.; BAUBY, C. **La prévention toujours en récréation à l'école de la PMI.** Toulouse: Ères, 2016.

SUESSER, P. **Pour une attention préventive subtilement précoce.** Nouvelles pratiques sociales, Hors-série, 2012, n° 1, p. 47-64.

## O bebê vai à escola e faz arte

MARIA EUGÊNIA NABUCO

28/08/2024

Minha reflexão problematiza a arte na clínica com bebês como algo amalgamado as questões do corpo. Sujeito em construção, o bebê é detentor de uma autêntica vida psíquica, um ser falante que tem um corpo, um proleador que interpreta e que é ator do que lhe cerca. Verdadeiro trabalhador que vem se inscrever num mundo que o precede, onde já há linguagem e narrativas. Entrando nesse mundo, ele se apropria de significantes e os decifra singularmente, criando seu próprio enredo. Seu corpo e psiquismo são indissociáveis, o que nos faz colocar o corpo pulsional, como acentua Bernard Golse (2020), psiquiatra infantil e psicanalista francês, no centro da reflexão teórica da clínica com bebês.

O corpo, nos diz Lacan, é algo que se sente antes mesmo de ser demonstrado ou mostrado. É um “sentir” percebido, sem que se possa ter ideia do que se sente. Ele é a única consistência do ser falante, seu suporte, não sendo assim só imagem. Ele implica o real e é condição do inconsciente real. O corpo é o lugar onde se aloja a palavra para além do biológico. Lembremos que o inconsciente, na psicanálise lacaniana, se articula como linguagem e segue as leis da metáfora e da metonímia.

Na arte, a psicanálise lacaniana trouxe a sua contribuição: o sujeito que está presente, que empresta seu corpo ou que dá corpo a obra de arte, convoca o olhar do outro, reconfigurando suas relações com o mundo e consigo próprio.

Tanto a arte como o bebê são tomados por um rumoroso mundo circundante de plasticidades simbólicas e nesse mundo borbulhante se situa a comunidade humana escolar. Que o bebê ao fazer parte dessa comunidade, possa ser arteiro, criando no encontro com o outro, alegorias, narrativas e performances com seu corpo e sua voz.

A linguagem verbal não é o único modo de contar nossa presença no mundo. A língua é um acontecimento vivo, em movimento e cito como exemplo de linguagem, as artes visuais. Pela pintura, desenho, escultura, cinema, vídeo, performance, ou pela fotografia, podemos dar reviravoltas com nossas questões, e mesmo as mais íntimas.

Ao tomarmos a arte como linguagem, abrimos na clínica a possibilidade de o sujeito contar o que não pode ser dito pela palavra. Criamos um alargamento do campo da linguagem, favorecendo escritas variadas e gramatologias inéditas. Abrimos atalhos para que o real da experiência possa ser tratado por outras vias que não seja somente a da palavra. A linguagem visual é uma verdadeira cartografia da vida onírica, ela é da ordem da ficção, da poética, das narrativas imagéticas. Por exemplo, a fotografia, a pintura, o desenho, a colagem, a performance etc., são narrativas imagéticas e enquanto linguagens nos remetem

ao corpo, ao psíquico. A experimentação estética, a experiência do sensível nos abre a um outro mundo e o corpo está implicado no ato da criação. Em se tratando de bebês, a arte, e aqui incluímos a música, favorece o movimento de tecer “zonas de contato”. O ganho desta prática na escola, ou na clínica com os bebês, ao funcionar como laboratórios experimentais, deixam em aberto um continuum, uma sensibilidade que permite que a própria prática se reconstrua no cotidiano, na singularidade do caso a caso. Abertas ao mundo das artes e da cultura, as oficinas de arte colocam em dialética os atos de invenção dos bebês e a criatividade terapêutica. Enquanto campo de linguagem são verdadeiros territórios de produções de laços sociais que permitem ao bebê passar do “ser” a “existência”, como nos afirma Bernard Golse<sup>1</sup> (2020).

## ARTE, CORPO E SUJEITO

Mario Pedrosa, pensador da cultura, historiador e crítico de arte o mais celebrado da segunda metade do século xx, desenvolveu uma reflexão sobre arte e cultura cunhada pelo seu espírito vanguardista, não só nas artes como na política.<sup>2</sup> Essa citação de pedrosa me interessa num duplo sentido. Diz ele: a arte é *uma cambalhota no cosmos sobre si mesmo*. Eu diria que essa cambalhota sobre si mesmo é próxima de um salto triplo mortal em que o atleta salta e gira o corpo em 360 graus, para trás, e cai em pé, diante do olhar extasiado do público. É uma performance que se situa entre corpo e sujeito. A efemeridade é uma condição da cena e observemos que o corpo gira numa profusão imagética temporal se oferecendo ao olhar do outro.

A primeira questão para nós e que faz retorno no trabalho de arte com crianças e bebês é a questão do corpo atravessado pelo olhar do outro. E a segunda é essa espiral da cambalhota no cosmos da arte, essa revolução do sensível que inscreve a arte fora de qualquer discurso de domesticação e sujeição. Nós estamos no campo da partilha do sensível.

Na performance o público faz parte da obra, sendo mesmo um dos elementos da criação.<sup>3</sup> O olhar entre o público e o artista é um ponto chave e o artista joga com essa erotização do olhar.

---

1 Golse, Bernard. *Le Bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Êrés, Coll. “1001 BB”, Toulouse, 2020

2 Pedrosa Mário. rompe com parâmetros conservadores da própria esquerda a qual sempre pertenceu. Seus escritos são fundacionais de tudo que a crítica produziu no Brasil desde 1944. Militante de esquerda, com Trotsky desde 1927 até a dispersão da IV Internacional em 1940. Pagou por isso com dois períodos de exílio, sob o Estado Novo e sob o Regime Militar já aos setenta anos de idade. Pouca gente conquistou tamanho apreço do público quanto Pedrosa, tanto que hoje estamos na necessidade de empreender estudos especializados para reconstituir dimensões de sua atividade com precisão, tais como as ideias ou a sistematicidade de sua crítica.

3 Marina Abramović, nascida na Iugoslávia em 1946, na sua retrospectiva no MOMA em 2010, fez uma performance marcante durante os três meses da sua exposição. Sentada sem se mover durante 700 horas, diante de uma mesa, ficou disponível para que cada pessoa do público se sentasse e a olhasse durante um minuto em silêncio. O trabalho foi intitulado “A artista está presente”. Atualmente com 76 anos de idade continua provocando o público com as suas performances e em janeiro desse ano esteve em PERNANBUCO, na zona da mata sul, para uma das suas performances em que convoca o público.

Os bebês são essencialmente performáticos, sensíveis a satisfação que podem tirar com o corpo. A atenção dada a pulsão motora é implícita no trabalho clínico e se observarmos os bebês com retraimento pulsional, vemos o quanto seus movimentos corporais são pobres e como sua motricidade e seu olhar raramente encontram o olhar do outro.

O olhar para nós humanos se desprende do órgão da visão e se matiza na pregnância da vida psíquica entremeada pela sexualidade. Lá onde a visão é apenas órgão, o olhar advém com a força da subjetividade.<sup>4</sup> Há assim uma escansão entre o “ver e o olhar”, entre “olhar e ser visto”.

A imagem do corpo do outro é para Lacan, anterior ao corpo próprio. O bebê reconhece o rosto do seus pais e mostra uma grande sensibilidade aos sorriso e olhar daqueles que fazem parte do seu cotidiano. O campo visual e tátil é uma fonte de prazer para ele e brincando com a imagem, vemos que a imagem do corpo do outro, o introduz no campo da satisfação, do gozo na terminologia lacaniana. O bebê nos faz ver o quanto o campo visual é investido libidinalmente por ele.

Encontramos inúmeras obras de arte em que o corpo se faz presente pela sua ausência. No cinema o filme “Zona de Interesse”, dirigido por Jonathan Glazer, a desumanização é perturbadora e acentuada com a supressão das imagens dos judeus e seus corpos no campo de concentração de Auschwitz. Lembremos também a observação de Paul Cézanne sobre a presença do homem na paisagem. Ele que pintou 76 vezes o Monte Sainte-Victoire responde ao ser questionado sobre a ausência da presença humana na paisagem. Responde: ausente, mas completamente inteiro na paisagem. O corpo está presente mesmo se tratando de uma paisagem. Eu diria que o que faz questão aqui, e que Cézane marca bem, é a sua presença na paisagem. E a paisagem, ela mesmo, como corpo da imagem em se tratando de artes visuais.

O que nos interessa na arte não é a imagem do corpo e sim o corpo da imagem enquanto narrativa, enquanto escrita, enquanto ficção. A produção artística se lê como escrita, como gramatologia poética, onírica. O estatuto da imagem é complexo na arte e o corpo da imagem enquanto objeto da criação é impossível de ser inscrito na busca do sentido ou na via do interpretável<sup>5</sup>. Ou seja, as produções artísticas não são passíveis de interpretação. O que vem na gramatologia visual não é a significação da imagem e sim a poiesis, a sua construção. O bebê na sua invenção, na sua fabulação, no seu brincar, tem o seu corpo em cena continuamente, completamente inteiro como diz Cézane, e algo se subtrai nesse jogo entre corpo e arte, entre corpo e sujeito.

---

4 *O olhar tem suas vicissitudes e se assim não fosse, como poderíamos entender a morte de Narciso ou o olhar que faz Orfeu perder Eurídice. Não poderíamos entender em Santo Augustinho a condenação da concupiscência dos olhos e mesmo o olhar de Medusa que petrifica levando-a à sua própria perda quando Perseu a obriga a se ver.*

5 Em Lacan, identificamos, em seu percurso, de que não se trata de analisar a arte pela via da fantasia do artista, como Freud o fez, uma vez que a psicanálise não é aplicável à arte.

Lacan,<sup>6</sup> em se questionando sobre arte se pergunta (Seminário 1973/80): Será que, se um pássaro pintasse, não seria deixando cair suas penas, uma serpente suas escamas, uma árvore se desfolhar e fazer chover suas folhas?”

Tania Rivera<sup>7</sup>, no seu livro *O avesso do imaginário, Arte contemporânea e psicanálise*, mostra o quanto *o sujeito está no centro da questão da arte*.<sup>8</sup> O sujeito entra aqui não pelo viés subjetivo ou psicologizante mas pelo seu descentramento.<sup>9</sup> Por uma torção, uma cambalhota, não se trata mais da realidade como janela para o mundo, dada por um olho fixo. O giro aqui é de 360 graus e o que vemos na arte contemporânea é o Retorno do real, o como Hal Foster<sup>10</sup>, demonstra em se apoiando no texto lacaniano. O retorno na arte é o de um real traumático com o qual o sujeito se depara incessantemente. O sujeito que retorna na arte, se desmaterializa, o que coloca em tensão a sua relação com o outro. A obra de arte não é mais uma representação mas o tratamento dado ao real da experiência. *O sujeito volta como corpo real, fora da representação, o que reconfigura sua relação consigo próprio, com o objeto e com o espaço* (Tânia Rivera 2018). Abre-se uma imprevisibilidade, uma não coincidência entre o sujeito e seu corpo, que está implicado no ato da criação. Entramos num mundo onde a linguagem é atípica.<sup>11</sup>

## BEBÊ, ARTE E INSTITUIÇÃO

O que Lacan nos ensina acerca da constituição subjetiva na mais tenra idade, que toca a transmissão feita pelo adulto, é a existência de algo irreduzível que está para além da satisfação das suas necessidades imediatas, do conteúdo das aprendizagens de normas ou regras sociais. A transmissão é a de um desejo que não seja anônimo (Lacan, Nota sobre a criança, Escritos, 1969), onde brechas se abrem para o en-

---

6 Lacan, que retomando a obra de Freud, nunca se deteve na sua elaboração como definitiva e fez do seu ensino uma constante retificação. Partiu da hipótese inicial do inconsciente estruturado como linguagem e sua transmissão foi o desenvolvimento dessa sua hipótese inicial.

7 Professora da Universidade Federal Fluminense, integra o Departamento de Arte e o Programa de Pós-graduação em Estudos Contemporâneos das Artes.

8 E o sujeito estando no centro da produção cultural, o corpo falante é o corpo da civilização. O corpo submetido ao processo civilizatório. A psicanálise por exemplo participa desse processo civilizatório e é por isso que ela visa o laço social. A arte por essa via civilizatória encontra a psicanálise e Mario Pedrosa afirmava que a arte é essencialmente ética, engajada via um pensamento crítico. Lacan não deixou de textualizar o inconsciente político, a emergência da singularidade e do gozo próprio a cada um, reafirmando a ética do novo.

9 Isto é, na arte ele não é mais o olho soberano, capaz de ordenar a representação calculada entre o sujeito da pintura e a realidade representada. O sujeito é outro e não coincide mais com o sujeito que era antes, na arte, o centro reorganizador da representação.

10 Crítico e historiador de arte americano

11 E o sujeito estando no centro da produção cultural, o corpo falante é o corpo da civilização. O corpo submetido ao processo civilizatório. A psicanálise por exemplo participa desse processo civilizatório e é por isso que ela visa o laço social. A arte por essa via civilizatória encontra a psicanálise e Mario Pedrosa afirmava que a arte é essencialmente ética, engajada via um pensamento crítico. Lacan não deixou de textualizar o inconsciente político, a emergência da singularidade e do gozo próprio a cada um, reafirmando a ética do novo.

contro do bebê com o outro. O outro da alteridade, o primeiro grande Outro fundamental é a origem da subjetivação para o bebê. A erotização do seu corpo, o acesso ao simbólico passa por esse encontro.

René Spitz (1887-1974), pioneiro das pesquisas experimentais com bebês, sem abandonar as formulações de Freud, mostra os efeitos de um mundo feito de silêncio, vazio e carência de mame. Os bebês sofrem do que Spitz denominou de “síndrome do hospitalismo” e “depressão anaclítica”. John Bowlby (1907-1990), nos fala em apego e desapego e a implicação nas relações sociais. Lacan insiste no aparecimento de “sinais de gravidade”. Freud se refere ao surgimento de “atividades complicadas” no mundo pulsional do bebê. Marie Couvert, na sua clínica minimalista do traço pulsional ressalta a “solução depressiva” encontrada pelo bebê como resposta. Sua retração do mundo do outro, acompanhada de uma inércia pulsional. Marie Cristine Laznik coloca em evidência nesse momento os sinais precoces do autismo.

Há um entrelaçamento entre o mundo desejante do adulto - pais, escola, e o mundo do bebê, onde inscrições psíquicas, investimentos libidinais, identificações, estão pela característica da sua tenra idade, imbricados com a subjetividade do outro. Seu corpo é uma via de acesso e a própria ideia de entrelaçamento já nos diz do caráter de proximidade e distância entre eles. Distância que permite que ele não seja somente uma presa nas relações com os que o cercam e sobretudo com os seus pais. O bebê é um ser singular portador de um saber que lhe é próprio, detentor de um certo *savoir-y-faire* que lhe permite encontrar soluções inéditas e explorar o mundo, bricolando, tricotando com os seus achados e questões.

Quanto a especificidade escolar, vamos partir do princípio que toda escola é uma instituição. Criança e instituição estão necessariamente ligadas, ou seja, não há criança sem instituição. A rua por exemplo é uma instituição, o que faz com que as crianças que aí se refugiam não sejam meros espectadores do social.

Todo ser humano sendo constituído pela linguagem é pego num contexto institucional e é no campo das instituições sociais que a criança se humaniza. Nesse campo se insere a escola e a sua prática não deixa de ser discursiva, não escapando do processo linguageiro. A linguagem como estrutura está na origem da fundação das instituições, na origem da construção social, do laço social que é a sua base. É posteriormente que a linguagem se transforma dando origem a especificidade do discurso próprio a cada instituição.

Lacan chegou a definir no seu ensino a psicanálise como laço social e o inconsciente se fazendo na relação com o Outro tem uma dimensão social. Como observou Eric Laurent<sup>12</sup>, psicanalista francês, no processo denominado civilizatório, que tem suas mentiras, seus limites suas inconsistências, o corpo é submetido a um certo tipo de regulação, a um mal estar advindo do super ego. Ele cita como exemplo a radicalização religiosa no modo de se fazer explodir portando uma bomba. Nesse momento o sujeito se situa fora da civilização, num processo de rompimento do laço social, fora do discurso.

A arte tem na sua ética o questionamento contínuo das estruturas sociais. A sua estética remete a sua ética, e o artista é convocado a ser um “artista”. Notemos que a palavra estética já inclui a palavra ética. Est...ética.

---

12 Laurent Éric. *Ce corps qui jouit*. Revue La Cause du Désir. Navarin Editor, n. 91, Paris, novembro 2015, pg. 20-28.

Inúmeros artistas, entre vídeo, fotografia, pintura, escultura e performance, fazem do corpo um instrumento de arte e política. O corpo torna-se um local de exploração e redescoberta em uma nova e radical linguagem visual, que desafia o modo de compreender o mundo. A arte se situa entre o cotidiano e a transgressão e por essa via podemos disponibilizar para o bebê momentos de experimentações humanizantes, de marcas simbólicas como formula Leandro de Lajonquière.<sup>13</sup>

O projeto de oficinas de arte na escola necessitam de uma elaboração teórica e clínica, que descole os adultos do campo da reação imediata psicologizante e normativa. A construção de um saber que opere nessas oficinas tem entre outros o objetivo de descartar o risco de colagem imaginária entre o adulto e a criança, quebrando o furor pedagógico. As oficinas de arte são territórios de experimentações, espaços de trabalho singular que envolve o manejo da transferência e a reorientação do gozo, tanto dos adultos como das crianças. O discurso veiculado é a ser continuamente colocado em questão.

Numa entrevista de Cristina Kupfer (Revista Pesquisa FAPESP, 2022) realizada por Cristina Queiroz, e em suas pesquisas e estudos, nos é mostrado o como a escola produz efeitos na reestruturação psíquica das crianças, noção que ela desenvolve no conceito de “Educação Terapêutica”. Maud Mannoni insistiu em sua obra que a criança é banhada pela linguagem, banhada pelo discurso ao integrar uma instituição. A instituição é para Maud Mannoni um campo de linguagem e a implosão de suas normas, regras e ideais, é o que impedirá que o sujeito seja implodido. Estourar a instituição para não estourar o sujeito. Toda a antipsiquiatria tomou o caminho do estouro institucional para preservar o sujeito, e a arte entrou nesse contexto como grito humanizante, como contracultura, contra a fabricação da loucura. Evoquemos aqui Nize da Silveira e o Museu do inconsciente, Bispo do Rosário e a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro.

A questão que fica para nós humanos nessa estrutura linguageira que nos acapara, é a de saber e de colocar em ato, a modalidade de instituição e de laço social que queremos construir. Por exemplo, Cristina Abranches com o “CAIS” em Contagem, Cristina Kupfer com o “Lugar de vida” em São Paulo, Maud Mannoni na França, com a “École Experimentale” de Bonneuil-sur-Marne, e tantas outras instituições inovadoras, que nos mostram o caminho que tomaram e a aposta que fizeram colocando em ato as modalidades institucionais que fundaram.

Minha tentativa aqui não é de forçar um diálogo entre arte e psicanálise e dessa conversa tirar diretrizes para um trabalho clínico com bebês. Nós temos dois campos bem delimitados culturalmente, de um lado a psicanálise e do outro a arte. E mesmo um terceiro que é a educação, pois o bebê vai a escola. Minha tentativa é a de problematizar a questão do corpo implícito no trabalho com arte e de delimitar o campo do discurso em que o bebê é mergulhado no momento em que vai a escola e é arteiro.

---

13 Lajonquière, Leandro, Figuras do Infantil. A psicanálise na vida cotidiana com as crianças. Editora Vozes, 2010, pg. 213.

## O ambiente facilitador em Winnicott: considerações sobre o desenvolvimento saudável do bebê e a capacidade de brincar

JOÃO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS<sup>1</sup>, ARTUR MORATO VERÍSSIMO<sup>2</sup>, OLGA SIMÕES COELHO<sup>3</sup>

A teoria proposta pelo pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott revela os efeitos do ambiente nos primeiros anos de vida da criança, sobretudo a relação entre o contexto no qual o bebê está inserido e o desenvolvimento do psiquismo. A ideia de ambiente facilitador, que remete às condições ambientais necessárias para que o bebê se desenvolva de maneira saudável, traz para o centro do debate a relação do bebê com os cuidadores primários, incluindo aí a mãe, e os efeitos dessa relação no desenvolvimento psicológico da criança. Por ambiente facilitador Winnicott (1967/2021) afirma que: “seriam incluídas as funções paternas, complementando as funções da mãe e a função da família, com sua maneira cada vez mais complexa (...) de introduzir o princípio de realidade, ao mesmo tempo que devolve a criança à criança.” (p. 24). Esse ambiente que recebe a criança inclui a presença de uma figura cuidadora que seja sensível e responsiva às necessidades do bebê. Essa sensibilidade é o que auxilia na combinação entre bom senso e sabedoria, condição necessária, não perfeita, mas suficientemente boa para que o bebê possa inaugurar sua vida no mundo. (Kehl, 2020).

Para Winnicott, o início do processo de desenvolvimento pessoal e real está condicionado à presença de uma “mãe dedicada comum”, expressão que mais tarde em sua teoria se tornará no consagrado conceito de “mãe suficientemente boa”. A noção de mãe dedicada comum remete ao conjunto de ações, acertadas e falhas, com que a cuidadora contará para apresentar ao mundo seu bebê. Vale destacar que embora o autor utilize com frequência a noção de “mãe” e “mulher”, trata-se, sobretudo, de uma função de maternagem, podendo ser exercida por qualquer pessoa que cumpra a função de cuidado para com o bebê. Daí, portanto, a escolha em adotar para este ensaio a expressão maternagem e cuidador(a).

Quando a maternagem é constituída por um ambiente facilitador, os bebês tendem para o desenvolvimento enquanto pessoas, se diferenciando uns dos outros, e caminhando para a constituição de um Eu. Para que isso ocorra, três funções se fazem fundamentais: *holding*, *handling* e apresentação de objetos. O *holding* refere-se à forma como o cuidador (mãe, pai, avós, médicos, grupos sociais) sustenta/segura, física e emocionalmente, o bebê. Essa sustentação está relacionada com a capacidade do cuidador de se identificar com o bebê, produzindo segurança, proteção e uma sensação de continuidade. O bebê ao

1 Doutor em Psicologia. Professor na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais..

2 Graduando em Psicologia na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais..

3 Graduanda em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais..

sentir-se seguro, torna-se capaz de desenvolver a confiança no mundo à sua volta e, gradualmente, em si mesmo. Como indica Januário e Tafuri (2011, p. 263), “o holding fornece ao indivíduo a confiança na realidade e nos contatos humanos.” Winnicott (1967/2021, p. 29) destaca que “o ‘segurar’ pode ser feito com sucesso por alguém que não tenha o menor conhecimento intelectual daquilo que está acontecendo com o indivíduo; o que se exige é a capacidade de se identificar, de perceber como o bebê está se sentindo.” Com isso, é importante apontar que não se trata, portanto, de uma técnica orientada por especialistas. O cuidador é capaz de promover um ambiente seguro e que forneça sustentação ao bebê ainda que não disponha de conhecimento técnico, sem orientação de profissionais qualificados para tal ou de uma expertise que o oriente sobre arranjos que devem ou não ser feitos. Trata-se, sobretudo, do que Winnicott (1958/2023) chamará de experiência, mais precisamente de alguém que consegue cuidar por estar na área de experiência do saber sobre o que o bebê sente a cada minuto.

Winnicott (1960/2023) aponta que quando a sustentação falha a criança é tomada por uma extrema aflição podendo produzir sensação de despedaçamento ou desamparo, um sentimento de inutilidade da realidade exterior como modo de produção de sentido e/ou ansiedades psicóticas. Essa falha ambiental precoce impede, muitas vezes, o alcance da maturidade do desenvolvimento emocional e fomenta o desenvolvimento do “*falso self*”. O bebê, em reação a essa maternagem insuficientemente boa, ou seja, incapaz de garantir a sustentação para o alcance do atendimento às necessidades básicas conforme sua singularidade, tem sua continuidade-de-ser interrompida.

Já o *handling*, ou manuseio, se vincula ao modo como o cuidador maneja o corpo do bebê, abarcando suas necessidades físicas e emocionais. Isso envolve cuidados com o corpo, a nível de pele, nas funções relacionadas à alimentação, higiene, em manter o bebê aquecido e a suavidade do abraço e carinho. A realização do manejo adequado contribui para que o bebê desenvolva um senso de integração corporal e inicie o processo de reconhecimento do próprio corpo como uma unidade coesa. Nas palavras de Winnicott, “o manuseio facilita a formação de uma parceria psicossomática no bebê. Isso contribui para a formação do sentido de ‘real’, em oposição a ‘irreal’.” (1960/2023, p. 42).

Por fim, a apresentação de objetos, ato de tornar real o impulso criativo do bebê, permite a capacidade de se relacionar, de modo subjetivo ou objetivo, com os objetos. Nessa função o cuidador apresenta o mundo ao bebê, introduzindo-o gradualmente aos objetos e às pessoas ao seu redor. Esse processo deve ser feito de forma sensível, respeitando o ritmo do bebê e permitindo que ele explore o mundo em segurança. A forma como o mundo é apresentado ao bebê influencia o modo como ele irá se vincular às pessoas e objetos futuramente. Para Winnicott, “as falhas na apresentação de objetos bloqueiam ainda mais o desenvolvimento da capacidade do bebê de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos.” (1960/2023, p. 42). Na medida em que o bebê se desenvolve no processo de amadurecimento, torna-se capaz de suportar pequenas insatisfações e, a apresentação de objetos, é fundamental para que o bebê dê conta de suportar o desamparo e a insatisfação em decorrência da separação física em relação à mãe.

Vale destacar que Winnicott chama atenção para o fato de que nenhuma maternagem é perfeita. A falha há de estar presente em algum momento. Contudo, há uma diferença entre a falha que ocorre no exercício da função de cuidado e a falha em decorrência da ausência de cuidado, sendo a segunda a que marca uma interrupção no fluxo do desenvolvimento saudável da criança. Para o autor, o espaço vazio ou o desconforto provocado pelas falhas ocorridas na experiência do cuidar será ocupado, aos poucos, pela atividade da fantasia, assegurando uma certa fruição dos relacionamentos interpessoais.

## O BRINCAR COMO MARCA DO DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

O crescimento do bebê convoca uma adaptação do ambiente facilitador às novas necessidades que vão surgindo. Por parte do cuidador se faz necessário uma atenção e disponibilidade gradual associada à criação de um espaço que permita ao bebê explorar o ambiente de maneira mais independente. O equilíbrio entre proteção e liberdade, balizadores do exercício do cuidar, se torna crucial para o desenvolvimento saudável. Se o ambiente é excessivamente protetor ou negligente, pode produzir efeitos no desenvolvimento do self e na capacidade da criança se relacionar com o mundo.

A noção de desenvolvimento saudável, portanto, está associada à maturidade fomentada por um ambiente suficientemente bom, que “começa com um alto grau de adaptação às necessidades individuais do bebê.” (Winnicott, 1967/2021, p. 22). O ambiente facilitador permite que o bebê se integre e desenvolva um senso de continuidade do self. Quando o ambiente é suficientemente bom, o bebê pode experimentar uma transição gradual do estado de dependência total para uma independência relativa, desenvolvendo o que o autor chama de capacidade de estar só. Essa capacidade é fundamental para o desenvolvimento da criatividade e da autonomia. Afinal, como indica o autor, “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto têm liberdade para ser criativos.” (Winnicott, 2019, p. 91).

No decurso do desenvolvimento do bebê a segurança que se percebe no ambiente que não se sucumbe aos ataques auxilia na separação entre o eu e o “não eu”. É esse sentimento de segurança que desenvolve na criança a capacidade de brincar, permitindo a criação de um espaço potencial entre o bebê e o cuidador. O brincar não é, portanto, apenas uma atividade lúdica, mas um fenômeno essencial que se conecta com o desenvolvimento emocional e psicológico saudável. O brincar, segundo Winnicott, está diretamente ligado ao ambiente em que a criança se desenvolve, e é por meio dele que ela começa a explorar o mundo, a si mesma e as relações interpessoais. “O brincar promove o crescimento e, portanto, a saúde; brincar leva aos relacionamentos de grupo.” (Winnicott, 2019, p. 74).

Winnicott (2019) concebia o brincar no espaço potencial, um espaço intermediário entre a realidade interna e externa, onde a criança pode explorar e experimentar sem as pressões da realidade. Nesse espaço potencial, a criança tem a liberdade de criar, destruir e recriar, exercendo sua capacidade imaginativa e desenvolvendo um senso de si mesma e do mundo ao seu redor. No brincar a criança “oportuniza o desenvolvimento da autonomia, criatividade e responsabilidade quanto a suas próprias ações.” (Queiroz, Maciel e Branco, 2006, p. 170).

O brincar é uma atividade espontânea que surge quando a criança se sente amparada. Winnicott descreve esse processo em uma sequência com quatro momentos: primeiro o bebê se encontra em uma espécie de fusão com o outro, no qual o objeto é percebido de modo subjetivo; em seguida o objeto após ser repudiado é aceito novamente e objetivamente percebido; em seguida acontece o movimento de estar sozinho mesmo na presença de alguém. Esse momento, que antecede o quarto, é fundamental para o sentimento de segurança e desenvolvimento da autonomia. Nas palavras do autor: “A criança agora brinca partindo da premissa de que a pessoa que ela ama e que, portanto, é confiável está imediatamente disponível e continua a estar disponível sempre que é lembrada após ter sido esquecida.” (Winnicott, 2019, p. 83). No quarto e último estágio a criança se prepara para o brincar comum, essa possibilidade de brincar com o outro, inserir o outro no brincar.

Para Winnicott (2019) “o brincar é uma experiência, uma experiência sempre criativa, uma experiência no continuum espaço-tempo, uma forma básica de viver.” (p. 88). Com isso, o autor chama atenção para a dimensão da experiência que abarca o ato de brincar. Um dos aspectos mais importantes do brincar é que ele permite à criança experimentar diferentes papéis e situações. Essa experimentação lúdica é essencial para a compreensão da complexidade vinculada ao viver e às relações humanas.

Além disso, o brincar oferece um meio de controle e entendimento do mundo ao redor. A capacidade de controlar o próprio ambiente de forma lúdica permite à criança lidar com desafios e enfrentar situações que foram vivenciadas de forma traumática em seu desenvolvimento. Nesse campo, o brincar é percebido como um modo da criança integrar diferentes aspectos de sua experiência emocional. Winnicott (2019) destacou que, durante o brincar, a criança pode reviver situações dolorosas e traumáticas de um modo mais possível e tolerável, permitindo com que seja capaz de processar a experiência e lidar com seus afetos em um ambiente seguro. Motivo pelo qual o brincar é considerado tão importante para o desenvolvimento saudável da criança, a saber, a sua função terapêutica.

Vale destacar que, para que o brincar possa ocorrer de forma saudável, é necessário que a criança se sinta segura em um ambiente facilitador. Quando a criança percebe que o ambiente é seguro e que suas necessidades serão atendidas, ela se sente livre para explorar, brincar e desenvolver suas capacidades criativas. Por outro lado, quando o ambiente é instável e pouco ou nada acolhedor, o brincar pode ser prejudicado, resultando em conflitos no desenvolvimento. Ferenczi (1929/2011), já havia anunciado a importância do ambiente acolhedor para o desenvolvimento saudável da criança. Para ele, a criança mal acolhida será tomada por uma força pulsional de destruição. Como indica, Herzog e Pacheco-Ferreira (2015), “crianças mal acolhidas, ou seja, recebidas com rudeza e sem carinho, captam de forma consciente e inconsciente os sinais de aversão do meio e sua vontade de viver se quebra.” (p. 187).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A noção de ambiente facilitador proposta por Winnicott é fundamental para a compreensão do desenvolvimento psíquico do bebê. As primeiras interações entre o bebê e seu ambiente, especialmente o papel do cuidador no seu exercício de sustentação, manejo e apresentação de objeto, propicia ao bebê segurança,

apoio e estrutura para um desenvolvimento saudável. Ao garantir um ambiente suficientemente bom, os cuidadores fomentam um espaço de desenvolvimento de um senso de self coeso, independência, criatividade e capacidade de se relacionar com o mundo interno e externo de modo mais saudável.

A teoria de Winnicott se mostra, ainda atualmente, uma importante referência para profissionais da saúde que lidam com bebês e crianças, ao destacar a importância da relação do ambiente no desenvolvimento saudável, sobretudo um ambiente acolhedor e seguro, bem como ao destacar a importância do brincar no desenvolvimento infantil. Tomado como algo que transcende uma simples atividade lúdica, o brincar é, para esse teórico, uma experiência fundamental para o desenvolvimento emocional e psicológico da criança. Por meio do brincar, a criança explora o mundo, desenvolve autonomia e aprende a lidar com suas emoções de maneira criativa e segura. O brincar, assim como o desenvolvimento, está vinculado ao ambiente em que a criança cresce, e é no contexto de um ambiente facilitador que ambos podem ocorrer de maneira mais saudável.

## REFERÊNCIAS

- FERENCZI, Sándor. (1929). **A criança mal acolhida e sua pulsão de morte**. In: FERENCZI, Sándor. *Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011, p.47-52.
- HERZOG, Regina; PACHECO-FERREIRA, Fernanda. **Trauma e pulsão de morte em Ferenczi**. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 18, n. 2, p. 181–194, 2015.
- JANUÁRIO, Lívia Milhomem; TAFURI, Maria Izabel. **A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott**. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 14, n. 2, p. 259–274, jul. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000200007>
- KEHL, Maria Rita. **Uma ética do bom senso - conselhos de Donald Winnicott a jovens mães**. In: WINNICOTT, Donald. *Bebês e suas mães*. São Paulo: Ubu Editora, 2020. p. 7-13.
- QUEIROZ, N Norma Lucia Neris de; MACIEL, Diva Albuquerque; BRANCO, Angela Uchôa. **Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista**. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 16, n. 34, p. 169–179, 2006.
- WINNICOTT, Donald. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2019.
- WINNICOTT, Donald. (1967). **O conceito de indivíduo saudável**. In: WINNICOTT, Donald. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Ubu Editora, 2021. p. 21-42.
- WINNICOTT, Donald. (1958). **O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional**. In: WINNICOTT, Donald. *Família e desenvolvimento individual*. São Paulo: Ubu Editora, 2023. p. 13-34.
- WINNICOTT, Donald. (1960). **O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê**. In: WINNICOTT, Donald. *Família e desenvolvimento individual*. São Paulo: Ubu Editora, 2023. p. 35-44.

## O desenvolvimento neuropsicomotor do bebê

ANA CLARA SANTANA DE SOUZA, ANA LUÍSA RESENDE E SOUZA, BIANCA PESSOA AGUIAR, THYARE MAGALHÃES PIMENTEL OLIVEIRA, SIMONE NASCIMENTO SANTOS RIBEIRO

### INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida da criança é um período crucial para o desenvolvimento neuropsicomotor, marcado por uma sequência de aquisições e aprimoramentos nas áreas motora, cognitiva, social e emocional (HALPERN, 2018). Durante esses primeiros doze meses, o sistema nervoso central passa por uma intensa maturação, permitindo que a criança desenvolva habilidades fundamentais, como o controle postural, a coordenação motora fina e grossa, além do início da comunicação verbal e não-verbal (HALPERN, 2018). Dessa forma, o acompanhamento regular do desenvolvimento é essencial para identificar precocemente possíveis desvios e promover intervenções que garantam um desenvolvimento saudável e harmonioso (LIPKIN & MACIAS, 2020). Essas mudanças rápidas e significativas fazem do primeiro ano de vida um período único, que exige uma vigilância constante para assegurar que a criança atinja seus marcos de desenvolvimento dentro do esperado.

### PRIMEIRO TRIMESTRE

Nos primeiros dias de vida, o bebê adota uma postura flexionada, resultado da posição fetal mantida durante o desenvolvimento intrauterino. O espaço limitado no útero promove a flexão dos braços e pernas, preservando um tônus muscular predominante, o que, por sua vez, ajuda a conservar calor e energia nesse período inicial (HAWES et. al., 2020).

Além dessa postura característica, o primeiro mês de vida é marcado pela presença de diversos reflexos primitivos, que são respostas involuntárias a estímulos específicos e desempenham um papel crucial na sobrevivência e no desenvolvimento inicial do bebê, além de refletir a maturidade neurológica. Entre esses reflexos, destaca-se o reflexo de sucção (figura 1) e deglutição, fundamental para a alimentação, que ocorre quando algo toca o céu da boca do bebê, fazendo-o sugar e deglutir, permitindo assim a amamentação no seio materno ou mamadeira (MODREL et. al., 2023).

Figura 1 - reflexo de sucção



Fonte: Página da Faculdade Ciências Médicas - Unicamp<sup>1</sup>

Outro reflexo importante é o de preensão, que se manifesta tanto nas mãos quanto nos pés. O reflexo de preensão palmar (figura 2) ocorre quando algo toca a palma da mão do bebê, fazendo com que ele feche os dedos em torno do objeto. De forma semelhante, o reflexo de preensão plantar (figura 3) é desencadeado pela estimulação da planta do pé, resultando na flexão dos dedos. Esses reflexos de “agarrar” são indicadores de uma função neurológica saudável (SWAPNA et. al, 2020).

Figura 2. Preensão Palmar



Fonte: Página da Faculdade Ciências Médicas - Unicamp<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

Figura 3 - Preensão Plantar

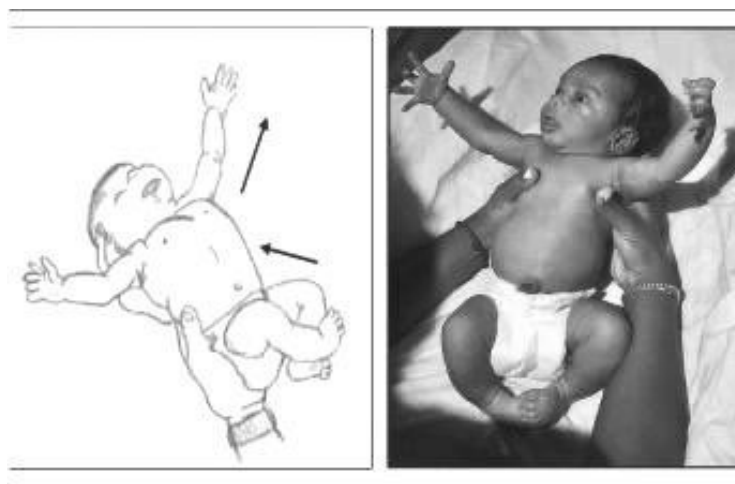


Fonte: Página da Faculdade Ciências Médicas - Unicamp<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

O reflexo de Moro (figura 4), que é uma resposta de proteção, é desencadeado por uma mudança súbita na posição da cabeça do bebê, levando-o a estender e abduzir rapidamente os braços. (EDWARDS et. al., 2023).

Figura 4 - Reflexo de Moro



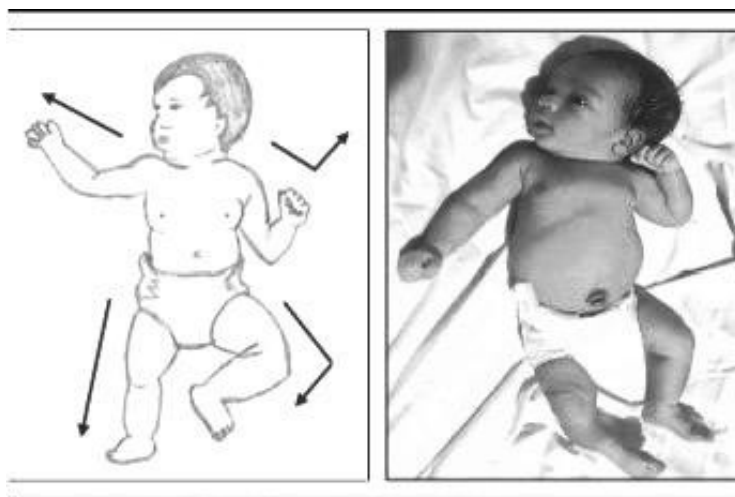
Source: Courtesy of The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario.

Fonte: HAWES et. al., 2020

Esse reflexo, assim como o reflexo de extensão cruzada, que ocorre quando a sola do pé do bebê é estimulada enquanto a outra perna está estendida, contribuindo para a proteção e o equilíbrio corporal, são fundamentais para a segurança do recém-nascido. (SANADA et. al., 2024)

Outro reflexo observado é o tônico cervical assimétrico (RTCA) (figura 5), também conhecido como “reflexo do esgrimista”. Esse reflexo é caracterizado pela extensão do braço e da perna do lado para o qual a cabeça do bebê está virada, enquanto os membros opostos se flexionam, ajudando a moldar o desenvolvimento motor do bebê (HAWES et. al., 2020).

Figura 5 - Reflexo Tônico Cervical Assimétrico



Source: Courtesy of The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario.

Fonte: HAWES et. al., 2020

Por fim, a reação positiva de suporte e o reflexo de marcha automática (figura 6) são exemplos de reflexos que simulam movimentos mais avançados. A reação positiva de suporte ocorre quando o bebê é colocado em posição vertical e as solas dos pés tocam uma superfície, levando-o a estender as pernas, como se estivesse se preparando para suportar o peso do corpo. Já o reflexo de marcha automática é observado quando o bebê é segurado em posição vertical e levemente inclinado para frente, fazendo com que ele realize movimentos alternados de passos, imitando a marcha (KHAN, et. al., 2014).

Figura 6 - Marcha automática



Fonte: Página da Faculdade Ciências Médicas - Unicamp<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

Aos dois meses de idade, os bebês demonstram avanços significativos em várias áreas de desenvolvimento. Eles se acalmam com o contato humano, quando lhe falam algo ou quando o pegam no colo (ERTEM et al., 2018). Eles olham para o seu rosto (ERTEM et al., 2018; SHELDRIK & PERRIN, 2013) e parecem felizes em ver uma pessoa se aproximando (ERTEM et al., 2018; SHELDRIK & PERRIN, 2013; THALAGALA, 2015), além de sorrir quando fala com ele ou sorri para ele (BHAVE, 2010; ERTEM et al., 2018; LEJARRAGA et al., 2002).

Além disso, conseguem manter a cabeça erguida quando estão de bruços (ACCARDO & CAPUTE, 2005; CARRUTH & SKINNER, 2002; DEN OUDEN et al, 1991), movem os braços e pernas de forma coordenada, e abrem brevemente as mãos (ACCARDO & CAPUTE, 2005; ERTEM et al., 2018; LEJARRAGA et al., 2002). No campo da comunicação, além de chorar, emitem outros sons (DOSMAN, 2012; SHELDRIK & PERRIN, 2013) e reagem a sons altos (ACCARDO & CAPUTE, 2005; BELLMAN et al., 2013). Paralelamente, a exploração do ambiente começa visualmente, o bebê é capaz de olhar para um brinquedo por vários segundos (KUMAR, 1995), além de seguir rostos e objetos em movimentos horizontais, verticais e eventualmente circulares (ACCARDO & CAPUTE, 2005; ATKINSON, 2002; BHAVE et al., 2010).

Essa consciência espacial evolui, e aos três meses, eles já respondem a ameaças visuais tridimensionais (WILKS et al., 2010). Os reflexos que estavam presentes nos primeiros meses como o de moro e o RTCA começam a desaparecer aos três meses (BLY, 1994). Com o aprimoramento do controle dos braços e mãos, os bebês passam a bater e alcançar objetos, iniciando a exploração sensorial através da boca e das mãos (WILKS et al., 2010). À medida que o controle manual se desenvolve, são capazes de segurar um objeto com uma mão enquanto o manipulam com a outra, demonstrando habilidades iniciais de resolução de problemas e exploração do ambiente (WILKS et al., 2010).

Além disso, aos 3 meses o bebê desenvolve a postura de puppy (figura 7) que consiste no bebê ficar apoiado nos antebraços na posição de prono acompanhada da extensão de pescoço (BLY, 1994). Essa postura é importante para o desenvolvimento do controle da cintura escapular do bebê e também promove maior estabilidade (BLY, 1994).

Figura 7- Postura de Puppy



Fonte: acervo pessoal das autoras - 2020

## SEGUNDO TRIMESTRE

No segundo trimestre de vida, o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê avança de forma notável. Aos quatro meses, o bebê começa a mostrar um crescente interesse nas interações sociais. É comum que ele sorria espontaneamente para atrair a atenção dos cuidadores (ERTEM et al., 2018), e embora suas risadas ainda não sejam completas, já responde de forma positiva às tentativas de fazê-lo rir (ERTEM et al., 2018; ACCARDO & CAPUTE, 2005; BHAVE et al, 2010; SHELDRIK & PERRIN, 2013). Ele também busca manter o contato visual e, em algumas situações, move-se ou emite sons para garantir que está sendo notado, evidenciando uma fase inicial de comunicação social (ERTEM et al., 2018).

No aspecto motor, o bebê de quatro meses já consegue manter a cabeça erguida sem apoio, uma conquista importante que demonstra maior controle muscular e coordenação (ERTEM et al., 2018; LEJARRAGA et al., 2002; SHELDRIK & PERRIN, 2013). Quando suspenso na posição prona, observa-se o reflexo de Landau (figura 8). O examinador coloca as mãos ao redor do tórax do bebê sem fornecer apoio para a cabeça ou pernas e o bebê realiza a elevação da cabeça acima do tronco (ZAFEIRIOU, 2004). Quando o examinador flete a cabeça, as pernas também flexionam (ZAFEIRIOU, 2004)

Figura 8 - Reflexo de Landau



Fonte: Página da Faculdade Ciências Médicas - Unicamp<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-posturais>>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

Ele também começa a segurar objetos que lhe são entregues (DOSMAN, 2012) e usa os braços para balançar brinquedos, o que revela um desenvolvimento significativo na coordenação motora fina (BHAVE et al, 2010; DOSMAN, 2012; ERTEM et al., 2018; KUMAR, 1995). Além disso, o bebê frequentemente leva as mãos à boca, sendo a forma primária de exploração sensorial nessa idade (DEN OUDEN et al, 1991; ERTEM et al., 2018; LEJARRAGA et al., 2002; SHELDRIK & PERRIN, 2013). Esse movimento também prepara o bebê para habilidades futuras, como a alimentação autônoma. Quando deitado em prono, o bebê consegue empurrar o corpo para cima utilizando os cotovelos ou antebraços, realizando a postura de esfinge (figura 9), um sinal claro do fortalecimento dos músculos do tronco e do pescoço (ACCARDO & CAPUTE, 2005; LEJARRAGA et al., 2002; THALAGALA, 2015).

Figura 9 - Esfinge



Fonte: Revista Crescer Globo – 2019

Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Desenvolvimento/noticia/2019/02/o-fantastico-mundo-dos-bebes.html>> Acesso em: 02 de setembro De 2024

No que diz respeito à comunicação, aos quatro meses o bebê começa a vocalizar sons como “oooo” e “aahh” (ERTEM et al., 2018; ACCARDO & CAPUTE, 2005). Esses sons são os primeiros passos no desenvolvimento da linguagem e refletem sua crescente capacidade de interagir verbalmente. O bebê também reage ao ouvir a voz de seus cuidadores, virando a cabeça em direção ao som, o que sugere um refinamento na percepção auditiva e no interesse pelas interações verbais (ERTEM et al., 2018; DEN OUDEN et al, 1991; KUMAR, 1995; ACCARDO & CAPUTE, 2005; BHAVE et al, 2010; SHELDRIK & PERRIN, 2013).

O bebê aos 4 meses, demonstra maior consciência do ambiente ao seu redor. Ele é capaz de reconhecer sinais visuais associados à alimentação, como o peito ou a mamadeira, e abre a boca em antecipação ao alimento, mostrando uma associação clara entre o objeto e a satisfação de suas necessidades (CARRUTH & SKINNER, 2002; LEJARRAGA et al., 2002). O interesse crescente pelo próprio corpo também se manifesta quando o bebê olha para suas mãos com curiosidade, iniciando um processo de autoexploração e desenvolvimento da percepção corporal (DEN OUDEN et al, 1991; ERTEM et al., 2018; LEJARRAGA et al., 2002).

Por volta dos cinco meses, o bebê utiliza da simetria e orientação na linha média para realizar movimentos voluntários e dissociados (BLY, 1994). A visão do bebê se torna mais acurada, permitindo que ele foque em objetos menores (ERTEM et al., 2018). Esse desenvolvimento visual é acompanhado por tentativas mais precisas de agarrar esses objetos, o que ajuda a refinar a preensão em pinça (ERTEM et al., 2018). Com o tempo, o bebê começa a usar o dedo indicador de forma isolada para explorar objetos, cutucando-os e demonstrando uma crescente habilidade motora fina.

Além disso, o bebê de 5 meses possui um maior controle muscular dos membros superiores, tronco e abdomen o que permite com que o bebê role voluntariamente de supino para decúbito lateral (BLY, 1994). Nessa idade os bebês também podem atingir o marco de rolar de prono para supino, mas esse movimento é considerado acidental, uma vez que o controle de cintura escapular ainda não está completamente desenvolvido (BLY, 1983).

Aos seis meses, o bebê começa a reconhecer pessoas familiares (ERTEM et al., 2018) e demonstra interesse ao se olhar no espelho, sugerindo o início do desenvolvimento da autoconsciência (BHAVE et al, 2010; LEJARRAGA et al., 2002). As risadas se tornam mais frequentes e completas, refletindo avanços no desenvolvimento emocional e social (BHAVE et al, 2010; ERTEM et al., 2018; ACCARDO & CAPUTE, 2005; SHELDRIK & PERRIN, 2013). Ele adquire a habilidade de rolar prono para supino e, quando de bruços, consegue empurrar o corpo para cima com os braços esticados, mostrando maior força muscular (ACCARDO & CAPUTE, 2005; DEN OUDEN et al, 1991; DOSMAN et al., 2012; ERTEM et al., 2018; CARRUTH & SKINNER, 2002; THALAGALA, 2015). Além disso, o bebê possui um controle suficiente de tronco e quadril para se manter sentado, podendo utilizar a reação de proteção dos membros superiores à frente (figura 10) para se estabilizar, essa aquisição se mostra um passo importante rumo à independência na postura (ACCARDO & CAPUTE, 2005; CARRUTH & SKINNER, 2002; DOSMAN et al., 2012; ERTEM et al., 2018; KITSAO-WEKULO et al., 2016; LEJARRAGA et al., 2002).

Figura 10 - Reação de proteção para frente



Fonte: Fundamentos da fisioterapia pediátrica- 2019 Disponível em: <<https://www.fundamentalspt.com/>>  
Acesso em: 02 de setembro de 2024

Em termos de comunicação, o bebê começa a se revezar fazendo sons em uma espécie de “diálogo” com os cuidadores (KUMAR, 1995; LEJARRAGA et al., 2002), além de experimentar novas formas de expressão vocal, como soprar “framboesas”, colocando a língua para fora e soprando (ACCARDO & CAPUTE, 2005), e fazer barulhos agudos (BELLMAN et al., 2013; BLACKWELL & BAKER, 2002; GERBER et al., 2010; SCHARF et al., 2016). Esses comportamentos indicam uma exploração ativa de suas capacidades vocais e motoras orais (ACCARDO & CAPUTE, 2005). Ele continua a explorar o ambiente ao seu redor de forma mais intencional, colocando objetos na boca para explorá-los (ERTEM et al., 2018) e alcançando os brinquedos que deseja (DEN OUDEN et al., 1991; KUMAR, 1995). Ao mesmo tempo, o bebê começa a demonstrar preferências, como fechar os lábios para indicar que não quer mais comida, o que sinaliza um desenvolvimento inicial da autonomia e controle sobre suas interações com o ambiente.

## TERCEIRO TRIMESTRE

Aos 7 meses o bebê possui percepções visuais, acústicas e táteis integradas, essas características permitem que ele seja capaz de reconhecer pessoas e interagir mais com o meio (ERTEM et al., 2018). A criança começa a esboçar as primeiras sílabas como “mama” e “papa”, e também é capaz de imitar sons e explorar as características espaciais e sensoriais do ambiente (BLACKWELL & BAKER, 2002).

Em relação aos ganhos motores, os bebês de 7 meses já são capazes de sentar sem o apoio das mãos à frente, podendo manipular e alcançar brinquedos nessa posição, visto que nessa fase eles já possuem um bom controle de tronco e quadril (BLY, 1983). Outra postura importante que começa a surgir nessa fase é a de gato, em que o bebê passa de prono para a postura de 4 apoios (figura 11), porém ainda há muito desequilíbrio e muitos bebês podem não conseguir alcançá-la (BLY, 1983). Por fim, algumas crianças antes de engatinhar podem começar a mover-se arrastando a barriga no chão, demonstrando uma boa dissipação e suporte de peso nos membros inferiores e superiores (BLY, 1983).

Figura 11 - Posição de 4 apoios



Fonte: Revista Crescer Globo - 2015

Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/amp/Seu-bebe-nao-para/noticia/2015/05/diferentes-modos-de-engatinhar.html>> Acesso em: 02 de setembro de 2024

O bebê de 8 meses é muito ativo e sempre interessado em conhecer o ambiente, eles podem brincar em várias posições, principalmente sentado (BLY, 1994). Nessa fase os bebês já possuem a reação de proteção para os lados (figura 12), além de conseguirem sentar em anel (figura 13) e side sitting (figura 14) (BLY, 1983). A aquisição do sentado em diferentes posturas é importante para que o bebê passe de sentado para gato, uma vez que ele começará a distribuir peso de forma anterior, posterior lateral e diagonal (BLY, 1994).

Todas essas etapas são importantes para que o bebê possa adquirir o engatinhar (BLY, 1994).

Figura 12 - reação de proteção para os lados



Fonte: Página da Faculdade Ciências Médicas - Unicamp<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-posturais>>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

Figura 13 - Anel



Fonte: Fundamentos da fisioterapia pediátrica- 2019

Disponível em: <<https://www.fundamentalspt.com/>> Acesso em: 02 de setembro de 2024

Figura 14 - Side sitting



Fonte: Fundamentos da fisioterapia pediátrica - 2019

Disponível em: <<https://www.fundamentalspt.com/blog/side-sitting>> Acesso em: 02 de setembro de 2024

A criança com 8 meses tem a visão bem desenvolvida, o que o torna capaz de pegar objetos com a pinça fina e ter mais destreza do indicador e do polegar (ERTEM et al., 2018). Ele também é capaz de segurar objetos e logo depois deixá-los cair de suas mãos, essa “brincadeira” trás noções de distância e profundidade (BLACKWELL & BAKER, 2002).

Aos nove meses, o bebê começa a demonstrar uma variedade de comportamentos que refletem uma maior consciência social e emocional. Ele pode se mostrar tímido, carente ou até mesmo com medo de estranhos, comportamento que indica o início de uma distinção entre pessoas conhecidas e desconhecidas (ERTEM et al., 2018; KUMAR, 1995; LANCASTER et al., 2018). Além disso, o bebê é capaz de exibir várias expressões faciais, como felicidade, tristeza, raiva e surpresa, demonstrando um repertório emocional mais diversificado (THALAGALA, 2015). Um marco importante nessa idade é a capacidade do bebê de reagir quando é chamado pelo nome (GLADSTONE et al., 2010; SHELDRIK & PERRIN, 2013), assim como sua resposta emocional à saída de um cuidador, expressa por meio de olhares, tentativas de alcançá-lo ou até choro (ERTEM et al., 2018). As brincadeiras sociais, como o esconde-esconde, também ganham um novo significado, uma vez que o bebê agora sorri durante essas interações, evidenciando sua capacidade de antecipar e responder a estímulos sociais de maneira lúdica (ERTEM et al., 2018; LEJARRAGA et al., 2002; SHELDRIK & PERRIN, 2013).

No domínio motor, o bebê aos nove meses adquire maior independência física. O bebê finalmente consegue iniciar o engatinhar e também é capaz de passar de semi-ajoelhado para de pé (BLY, 1994). Além disso, são adquiridas mais duas variações do sentar, o long sitting (Figura 15) e o W (Figura 16) (BLY, 1994). O bebê também começa a transferir objetos de uma mão para outra e o usa os dedos para “puxar” a comida para si, refletindo um aprimoramento da coordenação motora fina, essencial para a alimentação autônoma, e uma compreensão mais desenvolvida de como manipular o ambiente ao seu redor (ACCARDO & CAPUTE, 2005; CARRUTH & SKINNER, 2002; COX et al., 1997; DEN OUDEN et al., 1991; LANCASTER et al. 2018)

Figura 15



Fonte: Fundamentos da fisioterapia pediátrica - 2019 Disponível em: <<https://www.fundamentalspt.com/>>  
Acesso em: 02 de setembro de 2024

Figura 16



Fonte: Dr Luiz De Angeli - Ortopedia Pediátrica. Disponível em: <<https://drluizdeangeli.com/sentar-em-w-pode-ou-nao-pode/>> Acesso em: 02 de setembro de 2024

Quanto à linguagem e comunicação, o bebê aos 9 meses começa a produzir uma variedade de sons, como “mamamama” e “babababa”, que, embora não representem palavras com significado concreto, são precursoras importantes da fala (ACCARDO & CAPUTE, 2005; BHAVE et al, 2010; SHELDRIK & PERRIN, 2013; DEN OUDEN et al, 1991; LANCASTER et al. 2018; LEJARRAGA et al., 2002). Esses sons repetitivos são os primeiros sinais do balbucio intencional, um passo crucial no desenvolvimento da linguagem. Além disso, o bebê começa a utilizar gestos como levantar os braços para ser pego, o que mostra um desenvolvimento na comunicação não verbal e uma compreensão mais clara de como expressar desejos e necessidades aos cuidadores (ERTEM et al., 2018; FENSON et al., 1994; KWON et al., 2018; SHELDRIK & PERRIN, 2013). O bebê aos nove meses demonstra uma maior capacidade de interação com objetos, como bater duas coisas juntas (ERTEM et al., 2018; GLADSTONE et al., 2010; SHELDRIK & PERRIN, 2013). Esse comportamento reflete não apenas uma curiosidade natural pelo som e textura dos objetos, mas também um entendimento inicial das relações de causa e efeito. Aos 8 ou 9 meses, aparece o último reflexo postural, denominado reação de paraquedas (figura 17). Quando a criança é colocada de ponta cabeça, observe-se a extensão dos braços para frente, para se proteger da queda (ZAFEIRIOU, 2004).

Figura 17 - Manobra do paraquedas



Fonte: Página da Faculdade Ciências Médicas - Unicamp<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-posturais>>. Acesso em: 21 de agosto de 2024.

## QUARTO TRIMESTRE

Aos dez meses, o bebê começa a caminhar lateralmente com apoio nos móveis e também a andar com auxílio. Além disso, ele engatinha (figura 18) e utiliza a posição de urso para se movimentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Figura 18 - engatinhar recíproco



Fonte: acervo das autoras - 2022

Nessa fase, o bebê já compreende que, ao bater em um objeto, produzirá som, e que, ao deixar algo cair, alguém irá pegar. Isso também demonstra o desenvolvimento da noção de causa e efeito (NASCIMENTO et. al., 2020).

Aos 11 meses, a criança é capaz de realizar a marcha lateral com apoio de uma mão, e também pode realizar marcha para frente apoiando em algum objeto, e à medida que avança, o empurra para frente, como por exemplo um banco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016.)

Aos doze meses de vida, as interações sociais tornam-se mais sofisticadas e intencionais. O bebê começa a brincar ativamente com os cuidadores, participando de jogos simples como “pat-a-cake”, que não apenas fortalecem os laços afetivos, mas também promovem o desenvolvimento da coordenação e da compreensão de rotinas e sequências (ERTEM et al., 2018; FENSON et al., 1994; SHELDRIK & PERRIN, 2013).

O bebê de doze meses começa a dar os primeiros passos sem apoio com a base de suporte bem alargada (Figura 19), mostrando um avanço significativo na força muscular e no equilíbrio (ACCARDO & CAPUTE, 2005; ERTEM et al., 2018; BHAVE et al, 2010; SHELDRIK & PERRIN, 2013; DEN OUDEN et al, 1991; DOSMAN et al., 2012; LANCASTER et al. 2018; LEJARRAGA et al., 2002; OMS, 2006). Essa habilidade de se locomover de maneira autônoma é um precursor crucial para o andar independente, que logo se consolidará.

Figura 19 - Bebê andando com a base de suporte alargada



Fonte: Imagem google - 2024 Disponível em: <<https://depositphotos.com/br/photos/beb%C3%AAs-andando.html>> Acesso em: 02 de setembro de 2024

Além disso, o bebê aprende a beber de um copo sem tampa enquanto é segurado, o que representa um progresso na coordenação motora fina e no controle sobre os movimentos necessários para a alimentação (GLADSTONE et al., 2010; LANCASTER et al. 2018). A capacidade de pegar pequenos objetos entre o polegar e o indicador, como pedaços de comida, indica o desenvolvimento da preensão em pinça, uma habilidade refinada que é essencial para tarefas manuais mais complexas (ERTEM et al., 2018; GLADSTONE et al., 2010; KUMAR, 1995; LANCASTER et al. 2018).

No campo da linguagem e comunicação, o bebê aos doze meses começa a expressar-se de maneira mais clara e significativa. Ele pode acenar “tchau-tchau” como uma forma de comunicação gestual, mostrando sua capacidade de compreender e participar em interações sociais básicas (CRAIS et al., 2009; ACCARDO & CAPUTE, 2005; DEN OUDEN et al, 1991; ERTEM et al., 2018; FENSON et al., 1994; KWON et al., 2018). Além disso, o bebê pode começar a chamar um dos pais de “mamãe” ou “papai” ou utilizar outro nome especial, um marco importante que demonstra o início da associação entre palavras e pessoas (CRAIS et al., 2009; ACCARDO & CAPUTE, 2005; SHELDRIK & PERRIN, 2013).

Outra habilidade emergente é a compreensão da palavra “não”. Ao ouvir essa instrução, o bebê pode fazer uma breve pausa ou parar a ação, o que indica uma compreensão inicial de regras e limites (ACCARDO & CAPUTE, 2005; ERTEM et al., 2018; GLADSTONE et al., 2010; LANCASTER et al. 2018; LEJARRAGA et al., 2002; THALAGALA, 2015).

O bebê aos doze meses começa a desenvolver uma maior habilidade para entender e interagir com o ambiente. Ele pode colocar objetos em recipientes, como um bloco em um copo, uma ação que exige coordenação olho-mão e a capacidade de planejar e executar uma sequência de movimentos (ACCARDO & CAPUTE, 2005; GLADSTONE et al., 2010; LANCASTER et al. 2018; THALAGALA, 2015). Além disso, o bebê demonstra um entendimento básico de permanência de objeto ao procurar por itens que vêm sendo escondidos, como um brinquedo debaixo de um cobertor (ACCARDO & CAPUTE, 2005; ERTEM et al., 2018; GLADSTONE et al., 2010). Esse comportamento revela um avanço no desenvolvimento da memória e na capacidade de prever eventos com base em experiências passadas.

## REFERÊNCIAS

- Accardo, P., & Capute, A. (2005). **As Escalas de Capute: Teste Adaptativo Cognitivo/Escala de Marcos Clínicos Linguísticos e Auditivos**. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Atkinson, J., Anker, S., Rae, S., Hughes, C., & Braddick, O. (2002). **Uma bateria de testes de desenvolvimento infantil para examinar a visão funcional (ABCDEFV)**. *Estrabismo*, 10(4), 245–269.
- Bellman, M., Byrne, O., & Sege, R. (2013). **Avaliação do desenvolvimento de crianças**. *BMJ*, 346(7891), e8687.
- Blackwell, P. B., & Baker, B. M. (2002). **Estimativa da competência de comunicação de bebês e crianças pequenas**. *J Pediatr Health Care*, 16(1), 29–35.
- Bly, L. (1983). **Os componentes do movimento normal durante o primeiro ano de vida**. (Monografia). Neurodevelopment Treatment Association, INC.
- Bly, L. (1994). **Motor Skills acquisition in the first year: an illustrated guide to normal development**. Therapy Skill Builders.
- Bhave, A., Bhargava, R., & Kumar, R. (2010). **Desenvolvimento e validação de uma nova tela de desenvolvimento de Lucknow para crianças indianas de 6 meses a 2 anos**. *J Child Neurol*, 25(1), 57–60.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2016). **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília-DF.
- Carruth, B. R., & Skinner, J. D. (2002). **Comportamentos alimentares e outros desenvolvimentos motores em crianças saudáveis (2–24 meses)**. *J Am Coll Nutr*, 21(2), 88–96.
- Cox, C. A., Zinkin, P. M., & Grimsley, M. F. (1977). **Aspectos do exame de desenvolvimento de seis meses em um estudo longitudinal**. *Dev Med Child Neurol*, 19(2), 149–159.

- Conselho sobre Crianças com Deficiência, Seção sobre Pediatria Comportamental do Desenvolvimento, Comitê Diretor do Bright Futures, & Comitê Consultivo do Projeto Iniciativas de Lar Médico para Crianças com Necessidades Especiais. (2006). **Identificação de bebês e crianças pequenas com transtornos do desenvolvimento no domicílio médico: um algoritmo para vigilância e triagem do desenvolvimento.** *Pediatrics*, 118(1), 405–420.
- Den Ouden, L., Rijken, M., Brand, R., Verloove-Vanhorick, S. P., & Ruys, J. H. (1991). É correto corrigir? Marcos do desenvolvimento em 555 bebês prematuros “normais” comparados com bebês a termo. *J Pediatr*, 118(3), 399–404.
- Dosman, C. F., Andrews, D., & Goulden, K. J. (2012). **Idades de marcos baseadas em evidências como uma estrutura para vigilância do desenvolvimento.** *Paediatr Child Health*, 17(10), 561–568.
- Edwards, C. W., & Al Khalili, Y. (2024). **Moro Reflex.** [Atualizado em 25 de julho de 2023]. Em: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Ertem, I. O., Krishnamurthy, V., Mulaudzi, M. C., et al. (2018). **Semelhanças e diferenças no desenvolvimento infantil do nascimento aos 3 anos de idade por sexo e em quatro países: um estudo transversal e observacional.** *Lancet Glob Health*, 6(3), e279–e291.
- Fenson, L., Dale, P. S., Reznick, J. S., Bates, E., Thal, D. J., & Pethick, S. J. (1994). **Variabilidade no desenvolvimento comunicativo inicial.** *Monogr Soc Res Child Dev*, 59(5), 1–173, discussão 174–185.
- Gladstone, M., Lancaster, G. A., Umar, E., et al. (2010). **A Ferramenta de Avaliação do Desenvolvimento do Malawi (MDAT): a criação, validação e confiabilidade de uma ferramenta para avaliar o desenvolvimento infantil em ambientes rurais africanos.** *PLoS Med*, 7(5), e1000273.
- HALPERN, R. (2018). **Desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida: Uma visão geral.** *Revista de Pediatria*.
- Hawes, J., Bernardo, S., & Wilson, D. (2020). **The Neonatal Neurological Examination: Improving Understanding and Performance.** *Neonatal Netw*, 39(3), 116–128. doi:10.1891/0730-0832.39.3.116.
- Khan, O., Garcia-Sosa, R., Hageman, J., Msall, M., & Kelley, K. (2014). **Core Concepts: Neonatal Neurological Examination.** *NeoReviews*, 15(8), e316–e324. doi:10.1542/neo.15-8-e316.
- Kitsao-Wekulo, P., Holding, P., Abubakar, A., et al. (2016). **Descrevendo o desenvolvimento normal em um ambiente africano: A utilidade do Inventário de Desenvolvimento Kilifi entre crianças pequenas na costa do Quênia.** *Learn Individ Differ*, 46, 3–10.
- Kumar, R., Iyengar, S. D., Bhasin, S., Gupta, I., & Kumar, V. (1995). **Um estudo normativo do desenvolvimento infantil usando uma bateria de testes apropriada à cultura na zona rural de Haryana, Índia.** *J Trop Pediatr*, 41(1), 38–42.
- Lancaster, G. A., McCray, G., Kariger, P., et al. (2018). **Criação dos Indicadores de Desenvolvimento Infantil e Infantil (IYCD) da OMS: síntese de metadados em 10 países.** *BMJ Glob Health*, 3(5), e000747.
- Lejarraga, H., Pascucci, M. C., Krupitzky, S., et al. (2002). **Desenvolvimento psicomotor em crianças argentinas de 0 a 5 anos.** *Paediatr Perinat Epidemiol*, 16(1), 47–60.

Lipkin, P. H., & Macias, M. M. (2020). **Promovendo o desenvolvimento ideal: identificando bebês e crianças pequenas com transtornos do desenvolvimento por meio de vigilância e triagem do desenvolvimento.** *Pediatrics*, 145(1), e20193449.1.

Scharf, R. J., Scharf, G. J., & Stroustrup, A. (2016). **Marcos do desenvolvimento.** *Pediatr Rev*, 37(1), 25–37, questionário 38, 47.

Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2013). **Marcos baseados em evidências para vigilância do desenvolvimento cognitivo, da linguagem e motor.** *Acad Pediatr*, 13(6), 577–586.

Thalagala, N. (2015). **Janelas de realização para marcos de desenvolvimento de bebês e crianças pequenas do Sri Lanka: estimativa por meio de modelagem estatística.** *Child Care Health Dev*, 41(6), 1030–1039.

Wilks, T., et al. (2010). **Developmental milestones: cognitive development.** *Pediatrics in review*, 31(9), 364-367. doi:10.1542/pir.31-9-364.

World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). **Estudo de desenvolvimento motor da OMS: janelas de realização para seis marcos de desenvolvimento motor bruto.** *Acta Paediatr Suppl*, 95(S450), 86–95.

Zafeiriou, D. I. (2004). **Reflexos primitivos e reações posturais no exame do neurodesenvolvimento.** *Pediatric Neurology*, 31(1), 1–8.

Zubler, J. M., et al. (2022). **Evidence-Informed Milestones for Developmental Surveillance Tools.** *Pediatrics*, 149(3), e2021052138. doi:10.1542/peds.2021-052138.