

## INTERVENÇÃO PRECOCE X ESTIMULAÇÃO PRECOCE NA CLÍNICA COM BEBÊS

*Fernanda Stange Rosi\**

*Ariana Lucero\*\**

### RESUMO

O crescimento da clínica psicanalítica com bebês provoca a articulação entre a psicanálise e vários outros saberes, mas não perde o foco da importância da detecção precoce de sinais de sofrimento que servem como entraves à constituição psíquica e da análise de sua influência direta nas alterações e atrasos do desenvolvimento. Assim, uma vez detectados esses sinais, a psicanálise destaca a necessidade de se intervir o quanto antes, assegurando o lugar dos pais no tratamento e tomando os bebês como sujeitos em constituição. Porém, as *intervenções precoces*, defendidas pela psicanálise, diferem sobremaneira das chamadas *estimulações precoces*, de modo que propomos uma discussão a respeito dos efeitos esperados e provocados por ambas, questionando o lugar do sujeito de desejo – da maior importância na clínica psicanalítica – nas terapias que têm como foco principal a estimulação, visando o restabelecimento psicomotor e a “*adaptação*” ao meio.

Palavras-chave: autismo; Intervenção Precoce; psicanálise; bebês.

### EARLY INTERVENTION X EARLY STIMULATION IN THE CLINIC WITH INFANTS

#### ABSTRACT

*The current growth of psychoanalytic clinical practices with infants triggers the articulation between psychoanalysis and several other fields of study. Nonetheless such a intertwining does not disregard the importance of early detection of signs of suffering – which serve as obstacles to the psychic constitution – or the analysis of its direct influence on alterations and developmental delays. Once these signs are detected, psychoanalytic*

---

\*Psicanalista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES; bolsista da CAPES.

\*\*Psicanalista. Doutora em Psicologia. Professora colaboradora e pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES; bolsista da FAPES/CAPES.

*clinic underlines the need to intervene as soon as possible while ensuring parents' role in the treatment as well as approaching the infants as subjects in constitution. However, the early interventions defended by psychoanalysis differ greatly from the so-called early stimulation. Therefore we propose a discussion about the effects expected and provoked by both, while questioning the place of the subject of desire (of greater importance in psychoanalytic clinic) in therapies that, not only, present stimulation as the main focus, but also aim at psychomotor reestablishment and "adaptation" to the environment.*

*Keywords: autism; Early Intervention; psychoanalysis; infants.*

## **INTERVENTION PRÉCOCE X STIMULATION PRÉCOCE DANS LA CLINIQUE AVEC DES BÉBÉS**

### **RÉSUMÉ**

*La croissance de la clinique psychanalytique avec des bébés provoque l'articulation entre la psychanalyse et plusieurs autres savoirs, mais sans perdre la focalisation dans l'importance de la détection précoce des signes de souffrance qui servent comme entraves à la constitution psychique et de l'analyse de son influence directe dans les altérations et retards du développement. Ainsi, une fois détectés ces signes, on met en relief le besoin d'intervenir le plus tôt possible, en assurant la place des parents lors du traitement et prenant les bébés comme sujets en constitution. Pourtant, les interventions précoces, défendues par la psychanalyse, diffèrent extrêmement des stimulations précoces, de manière qu'on propose une discussion en ce qui concerne les effets attendus et provoqués par toutes les deux, remettant en cause la place du sujet de désir – de la plus grande importance dans la clinique psychanalytique – dans les thérapies qui ont comme but principal la stimulation, visant le rétablissement psychomoteur et l'"adaptation" au milieu.*

*Mots clés: autisme; Intervention Précoce; psychanalyse; bébé.*

Há muito se discute sobre a proliferação de novos diagnósticos psiquiátricos a partir de modelos nosográficos que buscam abranger a maior quantidade de variantes do comportamento humano, classificando como desviante qualquer sujeito que não se comporte conforme o modelo "adequado" e que, portanto, necessita ser reabilitado e medicado. Novas patologias, transtornos e síndromes surgem a cada dia, em uma tentativa de demarcar os limites entre a normalidade e as anomalias, fazendo com

que o saber médico-científico exerça seu domínio sobre os demais e influencie diretamente a maneira como se pensa nas questões humanas e nos modelos de cuidado.

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

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

Por um lado, tal concepção psicogenética pode ser encontrada na obra de importantes autores da psicanálise de crianças, como Maud Mannoni e Bruno Bettelheim. Por outro, as interpretações *prêt-à-porter*, ou seja, interpretações que fazem uma leitura literal e simplista do Complexo de Édipo a partir das brincadeiras e desenhos das crianças, colocaram em

xeque os trabalhos de outros grandes nomes da psicanálise, como Melanie Klein e Françoise Dolto. Escolher um desses lados seria consentir com uma leitura reducionista dessas obras que contêm contribuições relevantes para a clínica infantil, em especial quando nos detemos nos casos clínicos publicados por esses autores. Tal como acontece com as *cinco grandes psicanálises* escritas por Freud, os relatos de casos vão sempre além daquilo que os autores escreveram e nos permitem avançar em conceitos, técnicas e reflexões, que podem ser repensados com o estado atual da arte.

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

Se para a psicanálise é uma evidência – desde Freud, passando pela tão criticada Mannoni (1964/1988), até estudos recentes – que psíquico e mental/cognitivo/intelectual não podem ser dissociados, o privilégio do aprendizado em alguns métodos de estimulação precoce interroga-nos sobre os efeitos subjetivos de tais práticas em certas crianças, em especial as que apresentam sinais de risco para um possível encaminhamento autístico. Com efeito, a falsa ideia de que o precoce refere-se a uma etiologia orgânico-genética determinista leva a conceber o tratamento do autismo nos moldes de uma reeducação, sem considerar a implicação do sujeito (e de suas defesas) nessa organização subjetiva. É disso que vamos tratar doravante.

## ESTIMULAR

Apoiados em um discurso científico de objetivação, comumente os serviços responsáveis pelo acompanhamento de crianças muito pequenas baseiam suas ações em critérios psicométricos e em um olhar

fundamentalmente desenvolvimentista, por meio do qual destacam-se os déficits em detrimento do lugar do sujeito (mesmo o sujeito a advir) e de seu sofrimento. Nesse sentido, a investigação clínica acaba por fechar um diagnóstico precocemente, o que nem sempre é benéfico, e volta seu objetivo para a reabilitação, *estimulação* e, claro, a medicalização.

A ideia de déficit, por sua vez, sustenta a noção de que o bebê que manifesta alguma dificuldade porta um “menos” em relação aos outros e, por isso, deve ser mais estimulado. O bebê é submetido a sessões nas quais se concentra um maior número de estímulos (cores, sons, etc.), sem uma preocupação com as relações que ele poderia estabelecer com o agente encarregado desses “cuidados”. A esse respeito, Alfredo Jerusalinsky (1988, p. 65) nos lembra que:

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

No mesmo sentido, Teperman (2005) aponta que não se trata da quantidade de estimulação, mas sim da posição a partir da qual o Outro, agente dos cuidados, provê essa estimulação. A importância está na oferta, não de estímulos, mas de significantes ao bebê. É exatamente o que norteia a sua proposta de que, se algo precisa ser “estimulado”, que sejam os pais em seu saber inconsciente sobre o bebê, em sua possibilidade antecipatória, pois é a partir desse saber que se autorizam a ocupar suas funções. O bebê, por sua vez, ao receber efeitos diretos de uma nova posição ocupada por seus cuidadores, também se mostra mais “estimulante” para estes, facilitando a espontaneidade das relações movidas pelo desejo. Referindo-se à necessidade de escutar os pais e incluí-los nas intervenções, Teperman (2005, p. 108) ressalta que “são eles que podem dizer-nos das marcas que a criança carrega, de suas primeiras inscrições, fundamentais para formularmos a direção do tratamento”. Trata-se de uma perspectiva de intervenção que, como podemos ver, não se volta à prescrição de exercícios e não oferece um saber pronto e indiscutível sobre o bebê.

Afirmar a linguagem como organizadora das estimulações que incidem no corpo, deslocando certas condições do organismo e do psiquismo, não quer dizer, é claro, que o tempo do desenvolvimento possa ser negligenciado. As descobertas transdisciplinares sobre o bebê e suas competências esclarecem a importância dos tempos iniciais para a aquisição de habilidades e para a constituição psíquica e, nesse sentido, a epigenética tem, cada vez mais, demonstrado os efeitos das experiências vividas sobre a atividade dos genes, não deixando dúvida da grande influência do ambiente sobre o desenvolvimento. Assim, um trabalho interdisciplinar que envolva a estimulação é essencial na clínica com bebês, desde que a dimensão do sujeito não seja negligenciada<sup>1</sup>. Não podemos dividir o sujeito em várias partes independentes, como se a cada profissional correspondesse um trabalho específico. O desafio da multidisciplinaridade é justamente o de trabalhar junto a complexa singularidade de cada bebê: “o título de multidisciplinar pressupõe, em seu próprio nome, a insistência de uma falta: ele atesta, *a priori*, a impossibilidade e a insuficiência de qualquer disciplina isolada diante da resistência que a clínica, com a sua complexidade, oferece à compreensão” (Vorcaro, 1999, p. 109).

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

sujeito psíquico que enlaça o pequeno humano no campo da família e da cultura. Se partirmos em busca de recuperar um padrão comportamental fixado como ideal, toda a terapêutica se estabelece unicamente no sentido de reabilitar um comportamento indesejável e segue critérios sustentados por um discurso científico de objetivação que desconsidera, quando não anula, tal lugar do sujeito, que pode apresentar competências únicas ou receber um outro olhar.

Um cuidado de saúde que esteja empenhado em estimular a aquisição de habilidades cognitivas por meio da reeducação (seja do bebê ou de seus pais) e não leve em consideração, em suas intervenções, os aspectos prazeroso e afetivo nas primeiras relações estabelecidas entre o bebê e o Outro primordial, os efeitos dos significantes sobre o corpo, incorre no risco de cronificação de quadros nosológicos e fechamento das possibilidades de investimento libidinal.

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

Uma das grandes dificuldades com que nos defrontamos na clínica com crianças está na exigência do diagnóstico, que pode limitar as possibilidades de trabalho a partir do momento em que suas manifestações subjetivas são todas categorizadas em comportamentos previstos para determinado quadro clínico. Por outro lado, a ausência de um diagnóstico pode levar a uma negligência nos cuidados ou a uma negação do que vem sendo apresentado pela criança, sob a alegação de que “nada demais” ou de “grave” foi identificado pelo profissional responsável pelo caso. Por isso, novamente enfatizamos a importância do trabalho multidisciplinar, na medida em que cada especialidade pode dar

sua contribuição e estimular aspectos específicos do desenvolvimento, desde que tais componentes não sejam vistos como partes independentes de um todo. Ainda que haja um certo protocolo de tratamento para disfunções na fala, na psicomotricidade, na visão ou em qualquer outro órgão, em cada sujeito a manifestação do que se apresenta como *deficit* é singular e vinculada a algo que, no conjunto, responde por sua forma de se colocar no mundo. Daí a necessidade de os profissionais trocarem informações sobre o caso e construir, juntos, um projeto terapêutico singular – como previsto nas propostas de inclusão.

## INTERVIR

Marie-Christine Laznik, psicanalista e grande referência na clínica com bebês com sinais de risco de se tornarem autistas, ao longo de sua produção sobre o tema tem sustentado um posicionamento quanto à etiologia do autismo que considera a multifatorialidade e não descarta a hipótese de que esses bebês apresentem uma “hipersensibilidade” desde o nascimento. Em trabalho recente<sup>2</sup>, levanta a hipótese de essa hipersensibilidade se vincular às sensações de dor – em oposição às vivências de prazer descritas por Freud quando da primeira experiência de alimentação –, como nos casos de grave refluxo gastroesofágico, tão comuns em bebês que se tornaram autistas<sup>3</sup>. Mais sensíveis que os outros bebês aos estímulos do ambiente, aos traços faciais ou à voz reveladora de afetos variados, esses bebês estariam menos abertos ao estabelecimento do laço com o outro encarregado de seus primeiros cuidados (Outro primordial).

Neste sentido, Laznik (2011) afirma deixar de lado toda causalidade para interrogar laços entre acontecimentos simultâneos, voltando seu olhar ao bebê e ao sofrimento psíquico que motivaria seu fechamento e distanciamento do mundo relacional. Afinal, se o autismo é uma doença neurodesenvolvimental, a intervenção precoce pode mudar os rumos desse desenvolvimento, em especial quando consideramos a neuroplasticidade dos bebês. Além disso, aponta que

do ponto de vista psicanalítico, a plena manifestação de uma síndrome autística pode ser considerada como tradução clínica da não-instauração de um certo número de estruturas psíquicas que, por sua



ausência, só podem acarretar déficits de tipo cognitivo, entre outros. Quando estes déficits se instalam de maneira irreversível, podemos falar em deficiência (Laznik, 2004, p. 21).

Ora, a autora trata, aqui, de déficits decorrentes da não instauração de estruturas psíquicas ou, ao menos, de casos em que as causas orgânicas não puderam ser ainda identificadas, como ocorre com o autismo. Sem adentrarmos em uma questão etiológica, importa ressaltar como certo tipo de funcionamento psíquico pode favorecer ou não a aquisição de determinadas habilidades, ocasionando, em alguns casos, deficiências que não podem ser superadas. Por isso, a importância da intervenção precoce para orientar as estimulações de forma a não negligenciar a dimensão subjetiva do sofrimento, deixando de lado a constituição psíquica que suportaria um novo lugar para esse sujeito e fazendo de suas respostas algo compatível com as defesas que conseguiu construir para si ao longo do desenvolvimento. Afinal, como é para um bebê hipersensível ser estimulado por vários profissionais diferentes? Qual seria o melhor momento para iniciar certas intervenções? Como uma mãe com dificuldades de se relacionar com seu filho vai lidar com o fato de ele ser manipulado por várias pessoas? Em que medida sua presença é indispensável para o sucesso dessas intervenções? Nota-se, com essas perguntas, a sutileza e a especificidade da clínica com bebês, mesmo com relação à clínica com crianças.

Clínica da constituição subjetiva que parte daquilo que funda a singularidade da teoria psicanalítica ao lado do inconsciente: a pulsão. A partir do texto “As pulsões e seus destinos” (Freud, 1915/2004), Laznik (2013) resgata os três tempos da pulsão, sendo eles: 1) ativo: o bebê busca o objeto externo; 2) reflexivo: toma parte do seu próprio corpo como objeto (autoerotismo); e 3) passivo: em que, *ativamente*, ele se oferece e “se faz” de objeto do gozo do Outro para relê-los à luz da teoria lacaniana. Com efeito, é Lacan (1964/1979, p. 190) quem destaca que “a atividade da pulsão se concentra nesse se fazer” e seria nesse terceiro tempo que haveria, de fato, a emergência de um novo sujeito do lado do Outro, alguém que o bebê reconhece como alteridade que tem prazer em sua relação com ele. Nos termos de Laznik (2013, p. 43), o bebê “procurará se fazer olhar, se fazer escutar ou, até mesmo, no nível oral, se fazer ‘comer o pezinho’”.

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

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

O crescimento da clínica psicanalítica com bebês provoca a articulação entre a psicanálise e vários outros saberes, mas não perde o foco da importância da detecção precoce de sinais de sofrimento

que servem como entraves à constituição psíquica e da análise de sua influência direta nas alterações e atrasos do desenvolvimento. Assim, uma vez detectados esses sinais, destaca-se a necessidade de se intervir o quanto antes, assegurando o lugar dos pais no tratamento e tomando os bebês como sujeitos em constituição. É nesse ponto, portanto, que as *intervenções precoces* defendidas pela psicanálise diferem sobremaneira das chamadas *estimulações precoces*, de modo que propomos uma discussão a respeito dos efeitos esperados e provocados por ambas, questionando o lugar do sujeito de desejo – da maior importância na clínica psicanalítica – nas terapias que têm como foco principal a estimulação, visando o restabelecimento psicomotor e a “adaptação” ao meio.

### ***PRÉ-VENIR: O LUGAR DO PRECOCE NA PSICANÁLISE***

Muitas controvérsias se colocam no que se refere à prevenção, sob o ponto de vista psicanalítico. Teperman (2005) traça um percurso sobre o tema da prevenção na psicanálise, sinalizando seu caráter de impossível – haja vista que o real, insistente e não simbolizável, trará sempre algo do qual não se pode prevenir –, razão pela qual o uso do termo merece cuidado.

Quando se fala em intervir precocemente, é necessário localizar em relação a que *tempo* estão as intervenções propostas. A aposta psicanalítica está em um tempo lógico, que conta sempre *a posteriori*, uma vez que as experiências do sujeito só são significadas no *só-depois*. Por esse motivo, não se pensa em prevenção como uma antecipação de um suposto adoecimento futuro. O que está em jogo na urgência de se intervir o quanto antes, uma vez detectada a presença de entraves para a constituição psíquica, diz respeito à possibilidade de novos arranjos se darem, graças à maior plasticidade e maleabilidade próprias de um aparelho psíquico em formação, de forma a impedir um dano cognitivo decorrente do não estabelecimento do laço com o Outro. Laznik (2004, p. 31), afinal, nos lembra de que “não é a mesma coisa intervir com uma criança para tentar atenuar as consequências de um déficit cognitivo já instalado (ou em vias de ser) e intervir para (r)estabelecer o circuito pulsional completo, cujo não funcionamento causa este déficit”.

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

Sem determinarmos a causa – sendo que nela pode intervir uma predisposição genética, uma condição neurológica, um obstáculo sensorial, uma forma qualquer de rompimento radical das relações primordiais na primeira infância – registramos sim que esse desencontro é a chave para a instalação da criança numa posição autística (Jerusalinsky, 2015, p. 30).

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

“Pré-venir” (Rohenkhol, 1999), a partir dessas considerações, fala de um “chegar antes” e traz a importância da detecção de sinais precoces de transtornos na constituição psíquica do bebê, seguido da responsabilidade das intervenções precoces com bebês e seus pais. O lugar do precoce situa-se, então, do lado do analista que intervém na *função da pressa*, ainda com referência aos tempos lógicos de Lacan (1945/1998). Se é certo que um ato só é considerado como tal por seu efeito *a posteriori* e que não podemos prever seus efeitos ou prevenir quaisquer consequências, a clínica com crianças “nos intima a sair da posição de espera para a posição de intervenção, de corte, de segmentação, a partir da qual uma hipótese diagnóstica pode ser formulada” (Vorcaro,

1999, p. 41). Acreditando que as estruturas psicopatológicas durante a infância são, de modo geral, modificáveis e passíveis de reversão, o risco de um encaminhamento autístico aponta para uma não constituição de estruturas básicas do funcionamento psíquico, ligadas, por exemplo, às funções da fala, da representação e do pensamento. Há um consenso entre os psicólogos do desenvolvimento quanto ao período crítico da aquisição de habilidades pelas crianças e isso não pode ser negligenciado: “esperar para intervir pode então equivaler a uma não-assistência à pessoa em perigo” (Laznik, 1997, p. 38).

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

## POSIÇÃO ÉTICA

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

demonstrar uma base orgânica no autismo ou em qualquer outro distúrbio psíquico não esclarece o que o sujeito fará, qual o modo de resposta que inventará para o problema que lhe é imposto pelo desenvolvimento do organismo. Nesse plano, só há respostas singulares, e são essas que devem ser buscadas na clínica (Ansermet, 2003, p. 83).

Tomado como um deficiente a ser educado, paciente a ser adaptado às exigências sociais, o sujeito terminará tomado como um objeto da instituição, dominada pelo que Freud (1915/1996) chamou de “furor sanandi”, seja ele médico ou educativo. Associando a saúde ao conceito de normalidade, toda e qualquer anomalia ficará inevitavelmente associada à patologia e será considerada como uma variação biológica de valor negativo e, conseqüentemente, como algo que deve sofrer uma intervenção curativo-terapêutica (Caponi, 2009).

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

esta disciplina apresenta o risco de supor que a subjetivação de um bebê é consequência de um processo maturacional. O desenvolvimento de um bebê do ponto de vista da psicanálise – nos aspectos psicomotor, cognitivo e de aquisição da língua – não é um efeito do puro processo de maturação (que impõe certas condições orgânicas às aquisições), mas da articulação deste real orgânico à tela simbólica parental, dando lugar às antecipações imaginárias e funcionais que os pais colocam em cena para um bebê (Campanário, 2008, p. 41).

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

Nessa mesma linha de pensamento, Margareth Diniz (2008) nos lembra que o poder de significação conferido pela nomeação do sintoma médico e o poder de alienação proporcionado pelo signo da patologia produzem uma aderência descomunal do sujeito e dos seus responsáveis a essa nomeação de doente, o que muitas vezes sela irremediavelmente um destino. Como efeito, temos instituições que tomam o sujeito como passivo, necessitado, dependente. Nossos esforços, movidos pela ética do desejo, devem apontar no sentido de possibilitar a emergência de um sujeito de palavras, nas suas mais variadas formas de dizê-las. E isso, no atual contexto, talvez passe por um diálogo com discursos que se afastam do horizonte da psicanálise, mas que incidem de forma massiva na subjetividade de pais e crianças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Para Julieta Jerusalinsky (2015) é central que possamos considerar que o atendimento ao sofrimento psíquico de bebês e crianças pequenas exige que se deixe para trás uma concepção patologizante, centrada na doença

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

é necessário conhecer os momentos lógicos implicados na constituição psíquica e como os mesmos se dão a ver na produção do bebê, assim como as sequencias de aquisições das áreas de linguagem, psicomotricidade e pensamento que são de se esperar ao longo da primeira infância (Jerusalinsky, 2015, p. 110).

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



Com Vorcaro (2015), retornamos a nossa questão inicial a respeito de uma certa implicação do sujeito frente à qualquer fator que porventura venha a afetá-lo (interno, externo, orgânico, social etc.). Um dos maiores legados da psicanálise é mostrar como o sintoma se vincula intimamente com o sujeito, sendo um modo de defesa ou solução de compromisso que ele já encontrou para viver no mundo. Pensar em intervenções precoces exige, portanto, uma mudança de paradigmas e o deslocamento de um pensamento que privilegie aspectos nosológicos para outro que considere mais importante o sujeito e a promoção de saúde mental, aliviando o sofrimento que determinadas formas de organização subjetiva ou produções sintomáticas podem comportar. Nesse sentido, no que tange ao bebê, faz-se necessário um olhar voltado às condições subjetivas que favoreçam o laço familiar e, conseqüentemente, a possibilidade de surgimento de um sujeito de desejo. Nesse âmbito, o trabalho do analista é fundamental, pois, longe de considerar-se um agente neutro a serviço de protocolos anônimos, ele opera na transferência com vistas a manejar os afetos de prazer na relação pais-bebês, essenciais para qualquer constituição subjetiva.

## REFERÊNCIAS

- Ansermet, F. (2003). *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança. In Cirino, O. (Org.), *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura* (p. 129-144). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Campanário, I. S. (2008). *Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves*. Salvador: Ágalma.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*, 19(2), 7.
- Coriat, E. (1997). *A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Diniz, M. (2008). Os equívocos da infância medicalizada. In *Formação de profissionais e a criança-sujeito* (p. 7). São Paulo. Recuperado em 13 jun. 2018 de <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=iso)>.
- DSM-5. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1996). Observações sobre o amor de transferência. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915)
- Freud, S. (2004). Pulsões e os destinos da pulsão. In Freud, S. [Autor], *Escritos sobre a psicologia do inconsciente: obras psicológicas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915)
- Jerusalinsky, A. (1988). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, A. (2015). Tornar-se sujeito é possível ou impossível para um autista? Quando e quem decide isto? In Jerusalinsky, A. (Org.). *Dossiê Autismo* (p. 22-51). São Paulo: Instituto Langage.
- Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográfico deve ser considerada. In Kamers, M., Mariotto, R., & Voltolini, R. (orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência* (p. 103-116). São Paulo: Escuta.

- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1945)
- Lacan, J. (1979). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1964)
- Lacan, J. (1975). *Conferencia em Genebra sobre o sintoma*. Recuperado em 16 nov. 2017 de <<http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1065/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma.pdf>>.
- Laznik, M.-C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In Wanderley, D. (Org.), *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família* (p. 35-51). Salvador, BA: Ágalma.
- Laznik, M.-C. (2004). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. (D. B. Wanderley, trad.). Salvador: Agalma.
- Laznik, M.-C. (2006). PréAut – Une recherche et une clinique du très précoce. Comment passer de ces bébés qui troublent leurs parents à des petits qui auraient plaisir à s’amuser avec eux. *Contraste*, 25, 53-81.
- Laznik, M.-C. (2011). *Rumo à fala: três crianças autistas em psicanálise*. (P. Abreu, trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Laznik, M.-C. (2013). Pulsion invoquant avec les bébés à risque d’autisme. In Crespin, G. (Ed.), *Cahiers de Préaut n°10 : La Voix. Des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique* (p. 23-78). Toulouse: Erès.
- Maleval, J.-C. (2017). *O autista e sua voz*. São Paulo: Blucher.
- Mannoni, M. (1964/1988). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mariotto, R. M., & Chorne, K. (2012). O atendimento clínico do laço mãe-bebê – relato de um caso. In Kupfer, M. C., Bernardino, L., & Mariotto, R. M. (Orgs.). *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (p. 227-242). São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Rohenkhol, C.M. (1999). O questionamento da prevenção em psicanálise e a possibilidade da antecipação como forma de uma intervenção analítica com profissionais de outras áreas. *Estados Gerais da Psicanálise*. Recuperado em 13 jun. 2018 de <<http://www.oocities.org/hotsprings/Villa/3170/Rohenkohl.htm>>.
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp.

- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. (2015). Paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças. In Kamers, M., Mariotto, R., & Voltolini, R. (orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência* (p. 117-148). São Paulo: Escuta.
- Zimmermann, V. B. (2017). Encontros necessários para a constituição psíquica. In *O bebê e o outro: seu entorno e suas interações* (p. 47-66). São Paulo: Instituto Langage.

## NOTAS

- <sup>1</sup> É nesse sentido que Elsa Coriat (1997), grande referência na clínica com bebês, usa o termo estimulação, mas, no presente artigo, entendemos ser importante utilizar terminologias diferentes para caracterizar abordagens que priorizam aspectos distintos no cuidado com o bebê. Adotamos o termo “intervenção precoce” para localizar a proposta psicanalítica, enquanto as chamadas “estimulações” aparecem aqui referidas ao modelo terapêutico que toma as tabelas do desenvolvimento não como parte daquilo que o profissional deve conhecer para sua própria referência, mas transformadas em metas a serem alcançadas pelo bebê como objetivo do tratamento.
- <sup>2</sup> Lucero, A., & Laznik, M.-C. (2017). Transitivismo e empatia emocional. Apresentação oral no *V Seminário Internacional Transdisciplinar sobre o bebê*. Paris, FR: Paris VII.
- <sup>3</sup> Correlação não negligenciada pelo site *Autism Speaks*, ao chamar um especialista para reconhecer sinais de refluxos de ácido gástrico dolorosos em pacientes autistas não verbais. Disponível em <<https://www.autismspeaks.org/science/science-news/office-hours-gi-specialist-tim-buie-acid-reflux-and-autism>>.

Recebido em: 29/08/2017

Aprovado em: 18/12/2017