

MARIA EUGÊNIA PESARO

**Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa
multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o
desenvolvimento infantil**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dra^a. Maria Cristina Machado
Kupfer

**SÃO PAULO
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Pesaro, Maria Eugênia.

Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil / Maria Eugênia Pesaro; orientadora Maria Cristina Machado Kupfer. -- São Paulo, 2010.

186 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Desenvolvimento infantil 2. Constituição do sujeito 3. Métodos de pesquisa-Psicologia 4. Teoria psicanalítica I. Título.

BF721

PESARO, M. E. Alcance e limites teórico-metodológicos da Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Josenilda Brant (*in memoriam*), médica pediatra e psicanalista, que sonhava com o reencontro entre essas duas áreas com as quais se identificava. Idealizadora da Pesquisa IRDI com a Prof^a. Maria Cristina Machado Kupfer.

A Prof^a. Maria Cristina Machado Kupfer, coordenadora da Pesquisa IRDI, orientadora, incansável inventora, incontrolável criadora, que conduziu a pesquisa, e esse trabalho.

A Ana Goretti Kalume Maranhão, médica pediatra, que apoiou a Pesquisa IRDI e lhe deu força nacional.

Aos psicanalistas Alfredo N. Jerusalinsky, Daniele B. Wanderley, Domingos Paulo Infante, Elizabeth Cavalcante, Flavia Gomes Dutra, Paulina S. B. Rocha, Lea Martins Sales, Leda M. F. Bernardino, Lina G. Martins de Oliveira (*in memoriam*), Maria Cecilia Casagrande, Octavio Souza e Regina M. R. Stellin, membros do Grupo Nacional de Pesquisa, pelos anos de parceria, trabalho e aprendizagem.

A Leda F.M. Bernardino, além dos anos de parceria no Grupo Nacional de Pesquisa, por suas constantes reflexões e produções sobre a Pesquisa e sobre as interfaces da psicanálise.

Ao Sérgio Baxter Andreoli que, num ato de grandeza acadêmica, gentilmente me cedeu seu saber metodológico e estatístico.

Ao Christian Dunker, pela leitura carinhosa e cuidadosa.

A todos os médicos pediatras que participaram da Pesquisa IRDI, pela dedicação e paciência na árdua tarefa de pesquisar em conjunto.

A todos os colegas do Lugar de Vida que, sem escolha, participaram, ouviram, apoiaram e refletiram sobre a Pesquisa IRDI durante esses anos.

Àqueles que estando sempre por perto, apoiaram e sustentaram essa produção: Floriano Pesaro, Rodrigo Pesaro e Fernando Pesaro.

A Branca Dias Batista de Souza pelo começo ou, como diriam alguns, pela primeira letra.

A CAPES pelo apoio concedido.

RESUMO

PESARO M. E. Alcance e limites teórico-metodológicos da *Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. 2010. 186 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

O presente estudo nasceu da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil que validou para uso pediátrico o instrumento denominado Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), construído a partir da teoria psicanalítica. Além dos resultados diretamente relacionados à validação dos indicadores, a Pesquisa IRDI forneceu evidências empíricas para algumas importantes formulações teóricas psicanalíticas e se inscreveu também em um campo de discussão metodológica ao propor a articulação do método experimental com o método clínico. O presente estudo teve dois grandes objetivos: ampliar as bases teóricas do IRDI e propor uma discussão metodológica. Teve ainda dois objetivos específicos: a) explorar os resultados específicos da subamostra de 130 crianças em torno do eixo da função paterna; b) Contribuir para o campo de estudos psicanalíticos sobre os bebês. Para realizar a ampliação teórica, o estudo examinou os fundamentos teóricos de cada um dos 31 indicadores propostos pela pesquisa IRDI. A discussão metodológica foi realizada neste estudo tendo como direção de pesquisa a seguinte pergunta: o uso da metodologia experimental compromete as bases psicanalíticas da Pesquisa IRDI? O presente estudo buscou também explorar os resultados de uma amostra específica de 130 crianças. Em relação à subamostra, os achados clínicos apontaram o aparecimento significativo de duas sintomatologias nas crianças aos três anos, agressividade e ausência de enredo no brincar, efeitos de uma operação frágil da função paterna. Em relação à discussão metodológica, conclui-se que a conceituação e os fundamentos da pesquisa são psicanalíticos e que as metodologias utilizadas possibilitaram uma “convergência interdisciplinar” (Hans) e “interações da psicanálise” (Mijolla-Mellor) com outras disciplinas. Propõe-se considerar que a utilização de diferentes métodos não se contrapõe à semiologia psicanalítica porque a psicanálise não é uma só modalidade de investigação e sua referência metodológica não é única. Essa diversidade e heterogeneidade constitutiva colocam a psicanálise em posição de interagir com as demais disciplinas, como propõe Mijolla.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil. Psicanálise de criança. Constituição do sujeito. Métodos de pesquisa. Teoria psicanalítica.

ABSTRACT

Pesaro M. E. Theoretical and methodological scope and limits of multi-center research on clinical risk indicators for child development. 2010. 186 f. Thesis (Ph.D. Degree in Psychology) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

The present study originated in the Multi-Center Research on Clinical Risk Indicators for Child Development, which validated the pediatric use of a tool named Clinical Risk Indicators for Child Development (CRICD) – *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)*, based on the psychoanalytical theory. Besides the results directly related to the validation of risk indicators, CRICD Research provided empirical evidence of some important psychoanalytic theoretical formulations and incited methodological discussions by proposing a combination of the experimental and clinical methods. The present study aims at two relevant goals: to widen CRICD's theoretical basis and to propose a methodological discussion. And had also two specific objectives: a) explore in greater detail results obtained from a specific sample group of 130 children which are related to the theoretical axis called *Paternal Function*; b) unveiling the psychopathology of early infancy. To accomplish the expansion theory, the study examined the theoretical fundamentals of each one of the 31 indicators proposed by the CRICD Research. The methodological discussion contained in this study was guided by the following question, which in turn oriented our research: does the use of experimental methodology undermine the psychoanalytical basis of CRICD Research? Regarding the specific sample of 130 children. The present study also explores in greater detail results obtained from a specific sample group of 130 children. Clinical findings show the emergence of two significant symptomologies in three-year old children: aggressiveness and the lack of a plot when playing, which are understood as the effects of a fragile performance of the paternal function. By means of a methodological discussion, we conclude that the conceptualization and fundamentals of this study are indeed psychoanalytical and the methodology employed allowed for an “interdisciplinary convergence” (Hans) and “interactions of psychoanalysis” (Mijolla-Mellor) with other disciplines. It intends to show that the use of different methods is not conflictive with psychoanalytical semiology. Psychoanalysis is neither a unique research modality, nor is its methodological reference unique. Such constitutive diversity and heterogeneity allow for psychoanalysis to interact with other disciplines and to progress by means of diverse and heterogenic sources, as Mijolla proposes.

Keywords: Childhood development. Child psychoanalysis. Constitution of the subject. Research methodology. Psychoanalytic theory

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP	- Análise de Componentes Principais
AP3	- Avaliação Psicanalítica aos três anos
GNP	- Grupo de Pesquisadores Psicanalistas
IRDI	- Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
Pesquisa IRDI	- Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
SDQ	- <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SIRP	- Sintoma Indicador de Risco Psíquico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 A PESQUISA MULTICÊNTRICA IRDI: O DESENHO GERAL DE SUA CONSTRUÇÃO.....	17
2.1 Apresentação da Pesquisa IRDI.....	18
2.2 Instrumentos Utilizados na Pesquisa Multicêntrica.....	22
3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PESQUISA IRDI: GRANDES EIXOS E SUA AMPLIAÇÃO.....	24
3.1 O Ponto de Partida: A Noção de Sujeito Para a Psicanálise.....	27
3.2 Desenvolvimento e Estrutura.....	34
3.3 Os Quatro Eixos, Os Indicadores e Seus Fundamentos.....	38
3.4 O IRDI: Uma Expressão do Encontro com o Outro.....	70
4 QUESTÕES METODOLÓGICAS: O LUGAR DA PSICANÁLISE NA PESQUISA IRDI.....	72
4.1 A Psicanálise e os Métodos de Pesquisa.....	73
4.1.1 Método experimental e método clínico.....	74
4.1.2 Método quantitativo e método qualitativo.....	78
4.1.3 O método psicanalítico.....	79
4.2 Pesquisa e Psicanálise.....	82
4.3 Psicanálise e Ciência.....	85
4.3.1 Psicanálise e discurso científico.....	85
4.3.2 Psicanálise e discurso médico.....	89
4.3.3 A psicanálise como ciência conjectural.....	95
4.4 A Metodologia na Pesquisa IRDI.....	99
4.4.1 Utilização do método clínico na Pesquisa IRDI.....	100
4.4.1.1 A construção dos indicadores.....	100
4.4.1.2 Capacitação para aplicação dos indicadores.....	104
4.4.1.3 A avaliação psicanalítica aos três anos.....	106
4.4.2 Utilização do método quantitativo na Pesquisa IRDI: delineamento do estudo e validação.....	110
4.5 Discussão da Metodologia da Pesquisa IRDI: A Combinação de Métodos Como Possibilidade.....	112
5 RESULTADOS DA PESQUISA IRDI: NOVAS LEITURAS.....	123
5.1 Resultados Gerais e da Amostra de 130 Crianças da Pesquisa IRDI.....	124
5.2 Achados da Amostra de 130 Crianças.....	134
5.2.1 Função paterna e agressividade.....	135
5.2.2 Função paterna e brincar.....	141
5.3 Análise Fatorial: Um Desencontro.....	149
6 UM LUGAR PARA O SUJEITO-CRIANÇA.....	151
6.1 Contribuições Para a Clínica Com Bebês.....	152
6.2 Os Indicadores e a Interdisciplinaridade na Clínica com Bebês.....	160
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALCANCE E LIMITES DA PESQUISA IRDI.....	169
8 REFERÊNCIAS.....	173

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo nasceu da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Pesquisa IRDI).

Nessa pesquisa, o Grupo Nacional de Pesquisa (GNP)¹ construiu, a partir da teoria psicanalítica, um instrumento denominado Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – o IRDI – que foi validado para uso pediátrico.

A Pesquisa IRDI gerou um banco de dados sobre os indicadores que dizem respeito à instalação ou à constituição psíquica de 727 bebês de zero a 18 meses de idade, e também dados sobre a posterior configuração da subjetividade² acompanhada em 287 dessas crianças até três anos de idade.

Além dos resultados diretamente relacionados à validação dos indicadores, a Pesquisa IRDI forneceu evidências empíricas para algumas importantes formulações teóricas psicanalíticas e se inscreveu também em um campo de discussão metodológica ao propor a articulação do método experimental com o método clínico. Também propôs um encontro entre a psicanálise e a saúde pública, em consonância com alguns estudos atuais (HANNIS 2000; KUPFER e VOLTOLINI, 2005; MEZAN, 2002; PEREIRA, 2001). Esses campos demandam ainda mais exploração, e esta pesquisa é uma tentativa de dar um passo adiante nesses diálogos.

Por isso, a tese de doutorado aqui apresentada teve dois objetivos principais: ampliar as bases teóricas do IRDI e propor uma discussão metodológica.

¹ O GNP é a denominação do grupo de *experts* reunido pela prof^a dr^a. Maria Cristina Machado Kupfer, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), para construir o protocolo de indicadores e conduzir a pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros. O grupo foi constituído pela prof^a. dr^a. Leda M. Fischer Bernardino, da PUC do Paraná, Paulina S. B. Rocha e Elizabeth Cavalcante, do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), de Recife, Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e Maria Cecília Casagrande, de São Paulo, Daniele de B. Wanderley, de Salvador, prof^a. dr^a. Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará, Regina M. R. Stellin, da Universidade de Fortaleza (Unifor), Flávia G. Dutra, de Brasília, prof. dr. Otavio Souza, do Instituto Fernandes Figueira (IFF), do Rio de Janeiro, Silvia E. Molina, do Centro Lydia Coriat, de Porto Alegre, com coordenação técnica de Maria Eugênia Pesaro, coordenação científica do dr. Alfredo Jerusalinsky e coordenação científica nacional da prof^a. dr^a. Maria Cristina M. Kupfer.

² Optou-se por manter a terminologia utilizada na Pesquisa IRDI. Entretanto, o que está em jogo é a noção de sujeito do inconsciente. O termo subjetividade foi utilizado para uma aproximação com os pediatras. Essa discussão será esclarecida pelo aprofundamento teórico realizado a seguir.

A ampliação teórica tornou-se uma necessidade à medida que o grupo de pesquisadores construiu indicadores baseados em eixos teóricos consistentes, mas não se dedicou à fundamentação de cada indicador isoladamente. Essa ampliação assume especial importância se pensarmos que os indicadores terminaram por constituir-se em um precioso instrumento de investigação da primeira infância, a ser utilizado por pesquisadores interessados em explorar esse campo nascente e contribuir para o estudo das psicopatologias da primeira infância.

Já a discussão metodológica surgiu dos impasses vividos em decorrência de a pesquisa IRDI se basear em duas metodologias diversas: o método clínico e o método experimental. Essa discussão metodológica foi realizada nesta tese tendo como direção de pesquisa a seguinte pergunta: o uso da metodologia experimental compromete as bases psicanalíticas da Pesquisa IRDI? Depois de seu encontro com a experimentação e a estatística, pode ainda ser considerada uma pesquisa em psicanálise?

Os resultados da Pesquisa Multicêntrica revelaram ainda a força preditiva de um determinado grupo de indicadores, todos referentes ao eixo teórico denominado *função paterna*, situados na faixa dos 12 aos 18 meses de idade da criança. O presente estudo buscará também explorar mais detalhadamente esses resultados por meio de uma amostra específica de 130 crianças e contribuirá para o aprofundamento da discussão entre as falhas da função paterna e o incremento da agressividade em crianças de três anos a partir dos dados obtidos na Pesquisa IRDI.

Assim, a presente pesquisa tem os seguintes objetivos:

a) Objetivos Gerais:

- Ampliar as bases teóricas psicanalíticas dos indicadores da pesquisa IRDI.
- Verificar os efeitos do encontro dos métodos clínico e experimental sobre o campo da pesquisa em psicanálise.

b) Específicos:

- Explorar resultados específicos da subamostra de 130 crianças em torno do eixo da função paterna.
- Contribuir para o campo de estudos psicanalíticos sobre os bebês.

Apresenta-se, no capítulo 2, a Pesquisa Multicêntrica: o instrumento IRDI composto por 31 itens para o acompanhamento de crianças de zero a 18 meses de idade, a descrição da sua metodologia e os instrumentos utilizados para o estabelecimento do desfecho clínico.

Em seguida, no capítulo 3, mostra-se a ampliação da fundamentação teórica dos indicadores (IRDI). A metodologia utilizada para a construção dos indicadores foi a consulta a *experts* que dispensou, na época da realização da pesquisa, a fundamentação teórica de cada um dos indicadores. Entretanto, o Grupo Nacional de Pesquisa, autor da pesquisa, conceituou de forma clara e precisa os quatro grandes eixos teóricos que fundamentam os indicadores: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância entre presença e ausência e instalação da função paterna. Após a sua validação, os indicadores passam a poder ser utilizados por pesquisadores e profissionais que estudam e trabalham com bebês e, torna-se importante esclarecer qual é o fundamento de cada um deles afim de que eles não se objetivem e se tornem puros signos de uma doença.

Para a boa compreensão dos fundamentos teóricos dos indicadores, parte-se de duas noções fundamentais: a noção de sujeito para a psicanálise e a noção de estrutura.

É por meio da noção de sujeito que se esclarece que o mundo ao redor do bebê é mais do que o ambiente físico e que os adultos que ali estão prestam cuidados a eles, garantem a sua sobrevivência e também transmitem a ordem que é pré-existente a sua chegada. O sujeito é o ponto de articulação, a resposta do encontro entre os determinantes socioculturais e o corpo pulsional. Percorre-se o laço entre o sujeito e o Outro, conceito psicanalítico que expressa o campo da linguagem, com a ajuda de Elia (2004) e Jerusalinsky (2008).

Acrescenta-se a noção de estrutura, fundamental para distinguir desenvolvimento e sujeito. Ou melhor, que o desenvolvimento se faz por troços. Trata-se de inserir a compreensão dos efeitos do encontro do bebê com o Outro, ou o eixo do circuito de desejo e de demanda.

A partir da fundamentação do primeiro indicador, que expõe a condição paradoxal da constituição psíquica de se constituir pelas vias do Outro, percorre-se, por meio de um recorte teórico da extensa produção psicanalítica, o trabalho de enlaçamento do organismo ao universo da linguagem. Destaca-se a função da linguagem maternante, da pulsão invocante, dos ritmos e a construção das bordas corporais em zonas erógenas.

Os indicadores destacam também as funções e os processos da construção da imagem corporal, substrato para a existência do sujeito e, terminam com as operações de alienação e separação que retiram o bebê do lugar de *infans*, aquele que não fala, para colocarem-no no lugar de criança que diz sobre si, diz quem é e o que quer.

A fundamentação teórica dos indicadores configura-se, portanto como um recorte organizador da teoria para a transmissão da noção e da constituição do sujeito. Esse recorte parte das concepções de Freud, Lacan, Winnicott, Dolto e desdobram-se contribuições de autores que trabalham e estudam a primeira infância, com destaque para Bergès e Balbo (1997), Bernardino (2006), Crespim (2004), Jerusalinsky (2002), Dor (1991) e Laznik (2004).

Em seguida, no capítulo 4, discutem-se as questões metodológicas colocadas pela Pesquisa IRDI – uma pesquisa de orientação psicanalítica que utiliza o método clínico e o método experimental. A discussão inicia-se com a apresentação das principais características dos métodos experimental, clínico e psicanalítico para se chegar à conclusão de que a psicanálise tem um método próprio, o analítico mas faz uso também do método clínico. Entretanto, poucas são as articulações entre o método experimental e a psicanálise, uma vez que o método experimental não permite o estudo da singularidade do sujeito e da sobredeterminação dos fenômenos psíquicos. Para a definição do método experimental, utilizam-se autores da área da saúde como Campana (2001), Fletcher e Fletcher (2006) e Turato (2005). Para a compreensão do método clínico, percorrem-se os estudos de Aguiar (2001) e de Pacheco Filho (2000).

A definição do método psicanalítico é dada por Freud (1912) e Lacan (1966-67), e sua especificidade é defendida por Aguiar (2001), Sauret (2003) e por Costa Pereira e Laznik (2008). Mas, nesse ponto, inicia-se o debate. Compreende-se como próprio do método analítico a articulação entre o método de investigação efetivado pela associação livre, o método de tratamento ou psicoterápico que se dá pela transferência e a teoria.

Acrescenta-se à discussão sobre os métodos a discussão sobre o que se considera pesquisa em psicanálise, uma vez que o método é o meio pelo qual se responderá a um problema de pesquisa. As questões sobre pesquisa e método por sua vez, inserem-se no campo do discurso científico e da concepção de ciência que o embasa. As relações da psicanálise com a ciência e com o discurso científico não são tranquilas. Trata-se de uma relação complexa que será abordada também (assim como

a fundamentação dos indicadores) por meio de um recorte teórico. Ou seja, por meio de uma escolha. Optou-se por apresentar inicialmente, a concepção de Dor (1991) sobre a distância existente entre a psicanálise e a ciência como fruto da noção de divisão (*Spaltung*) do sujeito. Em seguida, a distância entre os dois discursos, o científico e o psicanalítico é destrinchada por meio de Clavreul (1983) e de Foucault (1994) para se chegar à diferença epistemológica, semiológica e clínica que existe entre os dois campos, com a ajuda de Dunker (2006). Para ilustrar esse debate, pergunta-se: Pode ser a psicanálise uma ciência conjectural do sujeito como chegou a propor Lacan?

Opta-se por utilizar a proposta de Aguiar (2006) apoiado em Laplanche (1978; 1980), Figueiredo (2004) e Mijolla-Mellor (2004) de situar a psicanálise numa “extraterritorialidade” em relação às demais áreas do saber e práticas, acentuando-se o caráter plural e heterogêneo das disciplinas.

Chega-se a uma possibilidade de interação da psicanálise, como proposta por Mijolla-Mellor, que seria a confrontação dos discursos mantidos por diversas disciplinas de forma a permitir destacar as especificidades de cada uma. Abre-se a dimensão de uma pesquisa “com” a psicanálise.

Considera-se, após a análise da pesquisa IRDI, que os indicadores, a capacitação e a avaliação psicanalítica apresentam características próprias da metodologia clínica. Os indicadores e a avaliação foram construídos a partir da experiência clínica dos pesquisadores em entrevistas e análises com crianças pequenas e a capacitação, ou transmissão da noção de sujeito, se sustenta na transferência. Em contraposição, o delineamento do estudo e a validação dos indicadores seguiram a metodologia experimental.

Aborda-se a proposta de Hanns (2000) de considerar a psicanálise como um campo dinâmico-tendencial e de utilizar metodologias numa convergência interdisciplinar e, bem como Mijolla-Mellor (2004) que propõe a interação da psicanálise com outras disciplinas para defender a utilização dos indicadores como operadores de leitura de uma tendência, em contraposição à ideia de eles serem signos de uma doença.

Parte-se para a análise de cada método utilizado na pesquisa IRDI para se chegar a definir quais foram as consequências desse entrelaçamento metodológico: os princípios psicanalíticos foram preservados?

Segue-se, no capítulo 5, a ampliação dos resultados da Pesquisa IRDI por meio da subamostra de 130 crianças. Apresenta-se a compreensão teórica dos achados clínicos que apontaram um incremento da agressividade nas crianças aos

três anos e a ausência de enredo no seu brincar. A leitura de qual seria o sentido do incremento da agressividade em crianças de três anos de idade parte da abordagem freudiana que articula o surgimento da agressividade com a noção de outro, de estranho e de autoridade. A saída para as questões agressivas é, de acordo com Lacan (1938, 1948, 1949), a articulação dos registros do imaginário e do simbólico: o Outro possibilita a intermediação da agressividade porque incide sobre o sujeito na função de vetor que aponta para a eficácia da lei da cultura. Os achados empíricos confirmam essa leitura teórica.

Também em consonância com a teoria psicanalítica, os achados empíricos sobre a dificuldade das crianças em elaborar um enredo na brincadeira retomam a importância da incidência da função paterna para a organização psíquica das crianças. Acompanhando-se as elaborações teóricas de Freud e Lacan sobre o jogo do *Fort-Da*, com a ajuda das análises complementares de Dor (1991), Faria (2003) e Vorcaro (2000), sobre a função do Pai e, o esclarecimento da importância do brincar para a constituição psíquica conforme Winnicott, chega-se à conclusão de que os enredos de histórias infantis que aparecem nas brincadeiras são um recurso da criança para realizar uma simbolização da falta pela via da representação.

A análise dos resultados encontra, porém, um obstáculo colocado pela pesquisa IRDI: a utilização da análise fatorial não considera o princípio da sobredeterminação, caro à psicanálise. Esse é um dos limites importantes dessa pesquisa, que precisará considerar outros métodos de análise de seus achados em pesquisas futuras que neles venham a basear-se.

No capítulo 6, apresenta-se, à luz dos recortes teóricos e metodológicos levantados, uma discussão acerca da contribuição da Pesquisa IRDI para o campo dos estudos psicanalíticos sobre os bebês. Aponta-se o esforço da pesquisa IRDI para manter um lugar para o sujeito infantil na modernidade, para defender uma forma de cuidar do sofrimento psíquico dos bebês. Discutem-se as consequências das formas modernas de laço social sobre a constituição psíquica do pequeno sujeito.

Nas Considerações Finais, aborda-se a articulação dos três temas em torno dos quais se desenvolveu o presente trabalho. A ampliação teórica, a discussão metodológica e a análise de resultados mostraram que a pesquisa IRDI orienta-se pelos princípios da psicanálise, entendida como uma ciência construída no campo das ciências da linguagem, sendo esse seu alcance.

**2 A PESQUISA MULTICÊNTRICA IRDI: O DESENHO
GERAL DE SUA CONSTRUÇÃO**

2.1 Apresentação da Pesquisa IRDI

A Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil foi realizada no período 2000-2008 pelo GNP.

A pesquisa foi desenhada a partir de uma demanda do Ministério da Saúde para a incorporação de indicadores psíquicos na ficha de acompanhamento do desenvolvimento, instrumento integrante das Normas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil³.

Essas normas técnicas do Ministério da Saúde datavam de 1989 e diversos estudos (WILLIAMS et al., 2004; OMS, 2001; FLEITLICH, GOODMAN, 2000; MELTZER et al., 2000; NIKAPOTA, 1991) já apontavam para a prevalência de transtornos mentais, de acordo com a terminologia utilizada na área médica, e para a necessidade de incluir, nas políticas públicas de saúde a preocupação com a atenção à saúde mental das crianças e adolescentes.

O grupo de pesquisadores desenvolveu, com base na teoria psicanalítica, o instrumento IRDI composto de 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil observados nos primeiros 18 meses de vida da criança (Quadro 1). O objetivo principal foi verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento infantil. Além disso, a pesquisa objetivou: a) capacitar médicos da rede pública para a identificação dos indicadores clínicos de risco para problemas de desenvolvimento infantil; b) descrever o perfil epidemiológico dos usuários da rede pública de atendimento à criança em relação a esses indicadores; c) verificar a associação desses indicadores com as características clínicas das crianças atendidas na rede pública; d) selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento de crianças de zero a cinco anos proposta pelo Ministério da Saúde.

³ Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Quadro 1 - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)

Idade em meses	Indicadores
0 a 4 incompletos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”). 3. A criança reage ao “manhês”. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 a 8 incompletos	<ol style="list-style-type: none"> 6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta. 9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases. 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe. 12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.
8 a 12 incompletos	<ol style="list-style-type: none"> 14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 19. A criança possui objetos prediletos. 20. A criança faz gracinhas. 21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto. 22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.
12 a 18	<ol style="list-style-type: none"> 23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 25. A mãe oferece brinquedos como alternativa para o interesse da criança pelo corpo materno. 26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. 29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.

A Pesquisa Multicêntrica utilizou um desenho de corte transversal seguido de um estudo longitudinal. A amostra foi composta de 727 crianças de zero a quatro meses incompletos, quatro a oito meses incompletos, oito a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses, randomicamente selecionadas entre as consultas pediátricas de rotina em 11 serviços de saúde de nove cidades brasileiras⁴. Os pediatras que aplicaram o protocolo IRDI foram treinados para esse fim.

Durante os exames, foram anotados os indicadores clínicos presentes, ausentes e não verificados. Nesta pesquisa, é a *ausência* de indicadores que sugere um risco para o desenvolvimento da criança. Assim, “os IRDIs, quando *presentes*, são indicadores *de desenvolvimento*, e quando *ausentes* são indicadores de *risco para o desenvolvimento*” (KUPFER et al., 2009).

Ao fim dos 18 meses, 287 crianças apresentaram dois ou mais indicadores ausentes (consideradas *casos*) e 440 apresentaram um ou nenhum indicador ausente (crianças *controle*). Entre os *casos*, foram sorteadas 183 crianças (64%); destas, 158 completaram a pesquisa (perda de 13,7%). Entre as crianças *controle*, 132 (30%) foram sorteadas; dessas, 122 (perda 7,5%) completaram a pesquisa (KUPFER et al, 2009).

Ao completar três anos de idade, as 287 crianças dessa subamostra foram submetidas a um diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico, por meio de dois protocolos criados para esse fim: o roteiro para a avaliação psicanalítica (AP3) e o roteiro para a avaliação psiquiátrica (KUPFER et al., 2009). Pesquisadores externos ao grupo de pesquisa (psicanalistas e psiquiatras) foram treinados para a aplicação dos dois roteiros na subamostra. Para a avaliação psiquiátrica também foi utilizado um instrumento já padronizado e validado, o SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), desenvolvido em 1997 por Robert Goodman (KUPFER et al., 2009).

A partir dos resultados da avaliação psicanalítica foi montada uma tabela de sintomas clínicos (Quadro 2).

⁴ Belém, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo (três centros).

Quadro 2 - Sintomas clínicos

Eixo de avaliação	Sintomas
I. O brincar e a fantasia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violência no brincar 2. Ausência de enredo 3. Inibição 4. Inconstância 5. Emergência de angústia ou medos durante o brincar 6. Falta de iniciativa, passividade e falta de curiosidade 7. Manipulação mecânica dos brinquedos (SIRP) 8. Pobreza simbólica 9. Atividade ou movimentos repetitivos (SIRP) 10. Recusa no brincar 11. Ausência de faz de conta
II. O corpo e sua imagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades no controle esfinteriano 2. Agitação motora 3. Atuações agressivas 4. Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina 5. Colagem no corpo da mãe 6. Dificuldades alimentares: <ol style="list-style-type: none"> a. Alimentação seletiva b. Recusa de alimentação sólida (SIRP) c. Dificuldade alimentar não especificada d. Obesidade e. Recusa do alimento 7. Dificuldades motoras 8. Dificuldade de separação 9. Doenças de repetição (amidalite, otite, bronquiolite) 10. Doenças Psicossomáticas (alergias, asma, dores inespecif.) 11. Exposição a perigos 12. Demanda insistente do olhar do outro 13. Passividade 14. Falhas no reconhecimento de si no espelho 15. Impossibilidade de suportar o olhar do outro (SIRP) 16. Preocupação excessiva com a sujeira 17. Alterações do sono 18. Auto-agressão (SIRP) 19. Interrupção no crescimento 20. Inibição diante do olhar do outro
III. Manifestação diante das normas e posição frente à Lei	<ol style="list-style-type: none"> 1. Birras prolongadas 2. Criança tem de ser castigada para obedecer 3. Confusão e angústia frente à lei 4. Desobediência desafiadora 5. Conhece os limites mas não os respeita 6. Recusa da presença do terceiro (SIRP) 7. Recusa do não (SIRP) 8. Submissão excessiva à lei (SIRP) 11. Criação de medos substitutivos da lei (SIRP) 12. Negativismo

Continua

Continuação

Eixo de avaliação	Sintomas
IV. Fala e posição na Linguagem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de pronomes pessoais (SIRP) 2. Repetição ecológica (SIRP) 3. Troca de letras ou sílabas na fala 4. Fala infantilizada 5. Linguagem incompreensível com tentativa de interlocução 6. Linguagem incompreensível sem busca de interlocução (SIRP) 7. Pobreza expressiva 8. Pobreza de vocabulário 9. Uso da terceira pessoa para referir-se a si mesmo (SIRP) 10. Fala traduzida pelo cuidador 11. Inibição 12. Não forma frases (pobreza simbólica)

SIRP = Sintoma Indicador de Risco Psíquico

Definiu-se em seguida o desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança – a presença de problemas é constatada a partir de sintomas que indicam que a criança está manifestando pequenas ou intensas dificuldades no seu desenvolvimento psíquico; ou b) presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito – nesse caso, os sintomas apontam para problemas mais estruturais e para uma evolução em direção às psicopatologias graves da infância. A categoria de risco foi utilizada porque em crianças de três anos não é possível diagnosticar psicopatologias definitivas (BERNARDINO e KUPFER, 2008; KUPFER et al., 2009).

O desfecho clínico da pesquisa é a etapa fundamental para validar os indicadores, verificando se eles têm pertinência quando transportados para outros referenciais teórico-práticos que não o psicanalítico, como o pediátrico o psiquiátrico ou o psicológico.

2.2 Instrumentos Utilizados na Pesquisa Multicêntrica

O instrumento IRDI foi desenvolvido com referencial psicanalítico e é composto de 31 questões, que identificam atitudes e comportamentos observáveis ou referidos. Esses indicadores são específicos para quatro faixas etárias (zero a quatro meses, quatro a oito, oito a 12 e 12 a 18) e foram identificados em consulta pediátrica de rotina (KUPFER et al., 2003).

Os indicadores foram construídos a partir de eixos teóricos extraídos da teoria psicanalítica (suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância entre

presença e ausência e instalação da função paterna) que são expressões fenomênicas indicativas da instalação ou constituição da subjetividade (KUPFER et al., 2003).

O instrumento para a coleta de variáveis clínicas da criança foi composto das seguintes questões: Apgar aos cinco minutos, idade gestacional, peso ao nascer, sexo, queixa principal durante a consulta, diagnóstico clínico.

O instrumento para a coleta de variáveis clínicas da mãe foi composto das questões: idade, escolaridade, número de partos e pré-natais. As variáveis demográficas consideradas foram: data de nascimento, posição na família, duração da amamentação exclusiva, duração da amamentação complementar, data da observação, acompanhante (KUPFER et al., 2003).

Foi construído um exame psicanalítico para a obtenção de uma avaliação da posição subjetiva da criança, chamada Avaliação Psicanalítica aos três anos, ou AP3. Esse instrumento foi construído a partir dos eixos teóricos psicanalíticos que se encontravam na base do IRDI e também a partir de quatro novas categorias nas quais estão descritos os sintomas clínicos: o brincar e a fantasia; o corpo e sua imagem; manifestação diante das normas e posição frente à lei; fala e posição na linguagem. Todos esses eixos foram embasados, predominantemente, nas teorias psicanalíticas de Jacques Lacan, Françoise Dolto e Donald Winnicott (KUPFER et al., 2009).

Para a avaliação psiquiátrica foram utilizados o roteiro de avaliação psiquiátrica construído para a pesquisa e o instrumento de *screening* diagnóstico *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) utilizado para investigação da saúde mental de crianças e adolescentes, desenvolvido em 1997 por Robert Goodman (KUPFER et al., 2009).

Pode-se agora apresentar os fundamentos da pesquisa e sua ampliação, tendo em nota que não foi realizada, durante o desenho da pesquisa, uma discussão sobre os fundamentos de cada indicador.

**3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PESQUISA IRDI:
GRANDES EIXOS E SUA AMPLIAÇÃO**

Os indicadores clínicos foram construídos com base na noção psicanalítica de sujeito. Entretanto, conforme o projeto da Pesquisa Multicêntrica, a emergência do sujeito não pode ser verificada de modo direto:

Por essa razão, foram selecionados, entre os indicadores possíveis, aqueles que nos assegurem que as condições para a formação da subjetividade estão presentes e, estando presentes, quais são as respostas do bebê que nos permitem afirmar que são respostas do sujeito. Em outras palavras, os indicadores têm de ser fenomenologicamente apreensíveis, porém devem estar relacionados com causas estruturais ligadas à subjetividade (KUPFER et al., 2003).

Compreende-se que a constituição psíquica é que vai marcar e sistematizar as funções orgânicas, anatômicas, musculares e neurofisiológicas do bebê ou da criança pequena a partir do laço que estabelece com outro humano. Por isso, entra em jogo, na apreensão dos indicadores, o sistema de relação entre mãe e filho, o que nos leva a ter indicadores que dizem respeito ao bebê e outros que se relacionam à mãe ou ao cuidador, compondo, no conjunto, essa relação mãe-bebê.

Compõem também o conjunto dos indicadores aqueles que, demonstrando o caráter polimorfo - como disse Freud - das manifestações da criança em que uma manifestação motora é ao mesmo tempo neuro-maturativa, fisiológica, cognitiva, adaptativa e também expressão emocional e psíquica (KUPFER et al., 2003) permitem a apreensão desse ordenamento dado pelo sujeito e uma leitura distinta dos sintomas psicofuncionais do bebê.

A seleção dos indicadores foi baseada na consulta a *experts* e resultou numa sistematização da produção psicanalítica sobre a temática da constituição do sujeito.

No presente texto, pretende-se ampliar a discussão teórica acerca dos indicadores, uma vez que houve a escolha de algumas noções, conceitos e eixos para a construção dos indicadores que merecem ser mais bem esclarecidos.

A construção dos indicadores realizada pelos *experts* consultados baseou-se na experiência da clínica psicanalítica e no saber acumulado pela psicanálise em muitos anos de coleta de informações junto aos pais de crianças. Essa experiência

permitiu a construção de indicadores conhecidos da clínica e apoiados em noções e teorizações da psicanálise. No entanto, os *experts* apresentaram os indicadores e os eixos em torno dos quais os construíram, mas sem realizar um trabalho sistemático de fundamentação de cada indicador, pois esse não era o objetivo da Pesquisa IRDI. Por essa razão, o presente trabalho procurou construir essa sistematização, que poderá ser útil aos que queiram introduzir modificações nos indicadores ou acréscimos em pesquisas futuras e mesmo àqueles que pretendem utilizar esse instrumento nos trabalhos com bebês.

Os indicadores estão construídos em torno de eixos e também de noções fundamentais, a partir das quais foi possível construir cada indicador individualmente. Assim, para proceder à análise de cada indicador, será necessário, antes de mais nada, abordar esses eixos, noções e discussões fundamentais.

A abordagem inicial será a da noção de sujeito, uma noção multifacetada. Sua apresentação depara com dois obstáculos: ela aparece com diferentes acepções já no interior do próprio campo psicanalítico e, além disso, é difícil conciliá-la com pesquisas experimentais.

A segunda abordagem será sobre a discussão que articula desenvolvimento e estrutura. É uma discussão que merece ser aprofundada, já que está na base do diálogo entre áreas diversas, como a psicanálise e a medicina. É também fundamental porque a Pesquisa IRDI se movimenta no campo da primeira infância, período em que ambas as noções são indispensáveis para uma compreensão adequada da criança e para uma fundamentação abrangente do trabalho e das intervenções a propor a ela.

A fundamentação dos indicadores será apresentada separadamente por meio dos quatro eixos. Entretanto, não se deve perder de vista que as operações fundantes do psiquismo se enlaçam como um tecido, uma trama. Os eixos surgem simultaneamente e um determina, retroativamente, o outro.

3.1 O Ponto de Partida: A Noção de Sujeito Para a Psicanálise

A noção de sujeito em psicanálise é o ponto de partida para a construção do IRDI e fundamenta o olhar que se pretende dar à criança. O sujeito ganha seus contornos atuais a partir do advento da ciência moderna e da sua separação da filosofia: “A ciência moderna estabelece as condições de aparição real do sujeito, mas não o toma em consideração, não opera com ele nem sobre ele” (ELIA, 2004, p.14). Por outro lado, a separação entre ciência moderna e filosofia promove um intenso diálogo que leva a avanços e mudanças no próprio entendimento da filosofia sobre a noção de sujeito.

O sujeito da filosofia moderna é o mesmo do conhecimento e da consciência: “A consciência volta-se para si mesma e se reconhece ao mesmo tempo como sujeito e objeto do conhecimento. Desta forma, a consciência está sujeitada a ela mesma para conhecer a si própria” (ELIA, 2004, p.13).

Se a ciência moderna possibilita o surgimento do conceito de sujeito, mas não o leva em conta no seu próprio campo, a noção de sujeito da psicanálise não é a mesma na filosofia. Segundo o autor, a psicanálise faz uma subversão no conceito de sujeito da filosofia, pois o sujeito de que ela trata ou fala é o do inconsciente.

O Eu de que fala Freud não é o mesmo Eu da filosofia porque ele é descentrado, não sabe tudo sobre si mesmo e é dividido pela instalação do inconsciente. Para Freud (1915/1976a), o Eu é *das Ich*, uma instância intrapsíquica oriunda do narcisismo primário e que se relaciona ao sistema percepção-consciência, instância responsável pelo processo de diferenciação eu-outro (mundo externo). Freud chama esse Eu que coincide com o que é prazeroso de Eu-real (em oposição, num primeiro momento, ao mundo exterior, que coincide com o que o Eu considera indiferente; e, num segundo momento, com o que é desprazeroso). O Eu obedece às instâncias do inconsciente, do supereu e da realidade exterior. Freud não aborda a noção de sujeito em sua obra, ou melhor, não diferencia o termo eu de sujeito; utiliza o termo sujeito junto ao termo eu: eu-sujeito (p.158). Em nota esclarecedora, Hanns⁵, em 2004, diz que como regra geral, “sujeito” é usado por Freud para designar a pessoa na qual se origina uma pulsão (ou outros estados psíquicos). O termo *subjekt* também é pouco utilizado por Freud em sua obra. Ele aparece algumas vezes no texto *As pulsões e suas vicissitudes*.

⁵ Nota SE.50.

A diferenciação entre eu e sujeito aparece com Lacan. Em primeiro lugar, ele nos diz que esse eu-real de Freud não está pulsionalizado, na medida em que não funciona como um sistema de relações e não é autoerótico, porque se destina a assegurar a homeostase das tensões internas. Posteriormente, Lacan distingue o eu (*moi*) que é uma construção imaginária do eu-sujeito (*je*), portanto eu e sujeito (do desejo) não coincidem (LACAN, 1953-1954/1979, p. 149; LACAN, 1958/2003, p. 176).

O sujeito, noção-chave da psicanálise, deve ser compreendido como o sujeito do inconsciente, aquele que só existe no campo da linguagem. Em outras palavras, o sujeito é efeito do campo da linguagem. É um sujeito-efeito (LACAN, 1960).

Portanto, o sujeito não nasce e não se desenvolve: ele se constitui em um ser que pertence à espécie humana. Citando Elia:

O ser humano chega ao mundo e se insere na ordem humana que o espera, que não apenas precede sua chegada como também terá criado as condições de possibilidade de sua inserção nesta ordem. É por esse viés que a teoria psicanalítica do sujeito e de sua constituição se articula interna e necessariamente com as categorias sociológicas de sociedade e de família (ELIA, 2004, p. 38).

Para a psicanálise, a noção de sujeito não se desvincula dos determinantes sociais. Essa questão já estava colocada em Freud tanto em *Três ensaios sobre a teoria sexual* como em *Psicologia das massas*. No primeiro texto, Freud já apontava para um plano anterior, que precede ao da interação mãe-bebê, correspondente à pré-história, à filogênese, ao mito ou ao fantasma. No segundo texto, Freud ressalta que há uma incorporação prévia do pai pelo bebê anterior à relação física da mãe com o bebê. Lacan chama de ordem simbólica, ou lugar do Outro, essa dimensão que é operante antes de qualquer interação do ser humano (do bebê) com o meio ambiente, e que é específica da espécie humana (ZENONI, 1991).

Esse conceito do Outro em Lacan refere-se a uma ordem radicalmente exterior e anterior ao sujeito, da qual ele depende mesmo que pretenda dominá-la. O Outro⁶, em seu limite, confunde-se com a ordem da linguagem. Ao ancorar a constituição do sujeito na relação com o Outro, a psicanálise é, em seus fundamentos, social, como diz Elia:

A psicanálise pensa o sujeito em sua raiz mesma como social, como tendo sua constituição articulada ao plano social. Afirmar a dimensão social como essencial à constituição do sujeito do inconsciente não equivale a reduzi-la a uma sociologia culturalista do sujeito (ELIA, 2004, p. 39).

⁶ CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. Dicionário de Psicanálise. São Leopoldo: UNISINOS, 2007.

A diferença para a psicanálise é compreender que o sujeito só pode ser parte da ordem familiar e social (e não da família e da sociedade) se houver um Outro (categoria lacaniana que designa tanto o adulto próximo, aquele que cuidará do recém-nascido, como a ordem que esse adulto encarna) responsável por transmitir uma ordem significativa, um conjunto de marcas materiais e simbólicas, algo para além do significativo, do valorativo, das ideologias e dos princípios que suscitam no pequeno bebê um ato de resposta que se chama sujeito (ELIA, 2004).

O sujeito é o ponto de articulação dos determinantes socioculturais e pulsionais. Assim, o sujeito do inconsciente resulta do funcionamento e da incidência de discursos sociais e históricos sobre a carne do *infans*. Os discursos produzem marcas ou inscrições psíquicas, organizadas a partir da referência à Lei do Pai.

No Seminário IX (1961-1962), sobre as Identificações, Lacan desenvolve a perspectiva segundo a qual essas inscrições psíquicas presidirão a uma longa e indefinida série de novas inscrições, desdobrando-se no tempo, em conexão com a primeira. Tais marcas manifestam-se vez por outra nas fraturas dos enunciados. O sujeito é a emergência dessas marcas no discurso do Eu. Assim, para a Psicanálise, o sujeito do inconsciente se constitui na e pela linguagem. Desta perspectiva, a linguagem não é instrumento de comunicação, mas a trama mesma que faz o sujeito.

O encontro entre o pequeno bebê e o Outro não é (1961-1962) um momento delimitável, pois determina a existência do sujeito e do outro e somente após o encontro ter ocorrido é que se delimitam a pré-história, o passado e as marcas do sujeito.

A pré-história de um bebê no campo do Outro remonta a um momento que não é delimitável na história do Outro, e seu estatuto é simbólico, não se confundindo nem como constituição genética nem como experiências factuais na gravidez.

No entanto, todos esses elementos, que são inequivocamente prévios ao encontro de um bebê já nascido com o Outro que os “contém”, a rigor não existem senão a partir do momento em que o bebê concreto, por assim dizer, se encontra com eles (ELIA, 2004, p. 43).

Dessa forma, não podemos prever ou determinar o surgimento do sujeito: o sujeito é uma resposta em ato.

Para Jerusalinsky (2008a), todo bebê (*infans*) já nasce inserido na linguagem, mas será preciso um percurso para que se constitua como sujeito. Nesse sentido, compreende-se a afirmação de Lacan de que a linguagem e o sujeito estão soldados, um não existe sem o outro. (LACAN, 1956-57; 1957-58; 1964). Para

Jerusalinsky (2008, p.12), a possibilidade do advento do sujeito está relacionada à operação de duas matrizes, a linguística e a edípica. A matriz linguística seria aquela que captura a criança na língua, o que possibilita que ela venha a falar; já a matriz edípica seria aquela que, imprimindo-se sobre a primeira, possibilita à criança falar de si, designar-se como Eu, sendo “capaz de situar o sujeito em face da ignorância do seu lugar na série da filiação”.

Jerusalinsky (2008a) dá um exemplo de como o recém-nascido está inserido na linguagem. Podemos acompanhar esse “banho de linguagem” sobre o bebê por meio das primeiras relações entre a mãe e seu bebê. O autor aponta que as manifestações do bebê, logo no início de sua vida, são legíveis para a mãe e não somente observáveis: a mãe supõe algo sobre essa manifestação do bebê e oferece uma resposta, uma ação. Dessa forma, segundo Jerusalinsky (2008a, p. 49), podemos dizer que já está operando no corpo do bebê a “gramática do desejo materno”, que vai transcrevendo o mundo sobre esse corpo. Essa leitura materna vai marcando o corpo do bebê no que ele chamou de um processo letra a letra.

Voltemos, novamente, à relação mãe-bebê para entender a concepção de transcrição letra a letra através da própria análise do autor:

Reconhece-se, hoje em dia, a importância da particular entonação da voz com que as mães costumam se dirigir ao seu bebê... Podemos hoje propor que, precisamente, se trata de uma primeira transcrição onde a prosódia especial materna transpõe para a ordem da letra o que até ali se encontrava no olhar.... Assim, a voz se transforma em letra pelo simples fato de que já não é ela mesma, mas signo de um objeto (olhar) que ela passa a representar em outro nível (JERUSALINSKY, 2008a, p. 80).

Jerusalinsky (2008a) salienta que ainda é necessário mais um percurso para que se trate mesmo de uma letra. Nesse momento inicial, podemos dizer que a prosódia materna é uma música sem texto para o bebê, mas que lhe deixa marcas. Essas marcas só são possíveis porque o bebê se encontra em uma posição de alienação perante o Outro Primordial, ou se quisermos, submete-se ao que vem desse Outro.

Nas palavras do autor “[...] aplicar palavras sobre um corpo que, em si, não fala, eis a arte (nos dois sentidos) que as mães costumam praticar, usufruindo o poder de modelar o mapa erótico numa argila vivente [...]” (JERUSALINSKY, 2008a, p. 98).

E assim, introduzindo palavras, dando sentidos e significados, a mãe (o Outro Primordial) vai modelando o organismo do bebê de forma a transformá-lo num corpo cujas partes agora têm nomes, funções e representam algo.

Nesse caminho, a mãe vai marcando o corpo da criança. As marcas são resultado dos cortes que ela realiza entre o corpo do bebê e os objetos dos quais as partes desse corpo extraem sua satisfação. Desse modo, as marcas se tornam signos (de uma falta, pois os objetos já fizeram marcas nos corpos). Segundo o autor:

[...] no lugar desse objeto o Outro oferece um significante que, sob a forma de um ritmo, um intervalo, uma fonação, introduz nessa brecha uma representação de objeto perdido. Representação esta que não consiste em sua imagem, mas, fundamentalmente, em um traço ligado à ordem de uma série de simbolizações. Em cada lugar em que o corte traumático foi produzido se inaugura o que chamamos de “zona erógena” (JERUSALINSKY, 2008a, p. 129).

Entretanto, o Outro do bebê também precisa ser capaz de oferecer-lhe, como contrapartida aos cortes que ele mesmo introduziu, o que é denominado, segundo Jerusalinsky (2008a), formações fálicas: essas marcas tornam-se pontos de referência para a criança (e, posteriormente, para o adulto), pontos de referência de filiação, pontos de referência que se articulam sob a condição de *Nomes-do-Pai*⁷, lugares de incidência do Outro enquanto discurso, lugares de amarração entre o real, o simbólico e o imaginário.

Jerusalinsky acrescenta que é com e a partir desses pontos que o sujeito surge na linguagem:

Tais pontos, como vemos, não se fazem só de conjuntos fonemáticos e de regras sintáticas. Eles necessitam, para se constituir e se manter que as palavras suportem uma ordem distribuída pela lei simbólica. Que os significantes circulem, então, governados por uma matriz que excede na sua semiótica o que a gramática lhe impõe. É o que, tomando-se do mito, Freud introduz como conceito: a matriz edípica. Que o mito de Édipo preste esse serviço deve-se a que ele carrega a estrutura própria dos “laços elementares de parentesco” (no conceito de Lévi-Strauss), o sistema de interdições do gozo que organiza a significação dos atos de cada membro da comunidade e demarca a posição simbólica do nome de cada um. É nesse jogo de cartas previamente marcadas que advém a pequena criança a ocupar sua posição de sujeito (JERUSALINSKY, 2008a, p. 135-136).

Marcamos, por meio dos autores citados, os pontos que julgamos essenciais, mas sem esgotar a discussão sobre a noção de sujeito em psicanálise, em especial a concepção de que o Outro Primordial (cuidadores primordiais) é o responsável pela transmissão dos elementos-chave que formam o amálgama do que virá a ser o sujeito.

⁷ Como o autor utiliza essa conceituação, ela se mantém nesse texto. Entretanto, como se trata de um conceito complexo na obra de Lacan, não se pretende destrinchá-lo conceitualmente, somente citá-lo conforme a definição do autor: “Dito de outro modo, se bem que a cultura tende a uniformizar a posição desse corte (corte sobre o tecido de sua língua materna), as nuances próprias do agente que o produz provocam uma diversidade tal que justifica a pluralização do Nome-do-Pai. (A. JERUSALINSKY, 2008a, nota da p. 90).

O cuidado com o termo transmissão vem, especificamente, de Jerusalinsky (2008a), que nos alerta que, apesar de o bebê/criança estar inserido na linguagem, essa condição inicial não garante que ele venha a se constituir como sujeito.

Para distinguir ensino de transmissão, Jerusalinsky (2008a, p.38) faz uma pergunta provocativa: se a questão for ensinar tudo ao bebê, imaginem o trabalho que daria se tivéssemos de fazer um currículo de ensino do mundo ao bebê. E completa: “Quem poderia esgotar o universo do que haveria a ensinar?” Segundo a distinção do autor, transmitir é uma operação que permite ao outro apropriar-se de algo que já está feito, como é o caso da apresentação das coisas do mundo ao bebê, e ensinar é uma operação que constrói algo que se supõe como não feito.

O bebê, como diz Lacan, de fato entra “de um só golpe” no complexo universo da linguagem, e então será preciso um “trabalho” cuidadoso do Outro Primordial (de seus pais, ou, mais especificamente, do discurso de seus pais) para que, ao mesmo tempo em que o Outro Primordial vá “retirando” o bebê de sua condição inicial de organismo, entrelaçando cada manifestação do bebê a um sentido humano, social, cultural, permeado pelas leis, também seja capaz de orientar, dar um rumo, leme ou norte ao bebê no imenso universo da linguagem humana. E ainda, e não menos importante, lhe ofereça, na medida certa e na hora certa, brechas, buracos, ausências e intervalos que, existindo, permitam que o bebê/criança seja capaz de vir a preenchê-los por si só.

Nesse recorte da apresentação da noção de sujeito ainda cabe a distinção entre sujeito e subjetividade. Askofaré (2009) será utilizado como autor de apoio para realizar essa distinção. Em primeiro lugar, ele diz que é necessário partir do *doxa*, a verdade intangível do ensino de Lacan, que diz que o sujeito é o sujeito (efeito) do significante ou da linguagem. Esse *doxa*, segundo o autor, “faz do sujeito o conceito de um homem abstrato, universal, sem cultura, sem história e sem diferença” (ASKOFARÉ, 2009, p. 168).

Entretanto, o autor acrescenta que, se o sentido do sujeito é invariável, por outro lado os seus referentes são múltiplos e não homogêneos na teoria lacaniana. Ou seja, há vários estatutos de sujeito, e ele os explora por meio de três pontos.

Um primeiro ponto seria a articulação ou o desenrolar do sujeito no discurso do Outro. Se o Outro, entendido como simbólico, é invariável, ele também é submetido às mudanças, às mutações, às subversões.

Um segundo ponto é aquele que situa o sujeito e sua relação com o saber. Nessa relação precisa-se, segundo o autor, que a única coisa que não muda é a estrutura do sujeito – temos o sujeito da ciência, magia, da religião, por exemplo –, mas, em contrapartida, “[...] o Outro muda e suas mudanças repercutem sobre os outros termos da estrutura e, notadamente, sobre o Eu” (ASKOFARÉ, 2009, p. 169). É essa dimensão do Eu, ou dimensão imaginária, ou ainda narcísica, que Askofaré chama de subjetividade, que é “[...] histórica e determinada de traços, de posições e de valores que os sujeitos de uma época têm em comum, em suas relações com o Outro, como discurso [...]” (p. 170).

Há ainda o terceiro ponto: o da interdefinição do sujeito e do indivíduo no ensino de Lacan. Askofaré esclarece que para Lacan o indivíduo afetado pelo inconsciente é o mesmo do sujeito do significante e, ainda, que o indivíduo falante é o sujeito como desejo. Entretanto, o individualismo é uma das “condições históricas da emergência do sujeito” (ASKOFARÉ, 2009, p. 171).

A noção de sujeito que está na base da pesquisa IRDI aproxima-se, portanto, da de sujeito do inconsciente e do desejo da forma como Lacan (1964) a definiu principalmente no Seminário XI. Distancia-se assim da noção de subjetividade tal como Askofaré (2009) a apresentou, embora seus autores tenham utilizado esse último termo com alguma frequência. É preciso lembrar, porém, que a substituição do termo sujeito para subjetividade na Pesquisa IRDI foi proposital: o objetivo era aproximar a terminologia daquela que é mais familiar aos pediatras.

Ao utilizar a noção de sujeito inconsciente, central para a psicanálise de orientação lacaniana, pode-se dizer que a psicanálise está nas bases teóricas da Pesquisa IRDI. Deve-se perguntar, porém, se a construção dos indicadores conserva e mantém essa noção tal como foi definida até aqui. O exame dos indicadores, por meio da ampliação de fundamentação teórica, poderá esclarecer esse ponto.

3.2 Desenvolvimento e Estrutura

A noção de estrutura está na base dos primeiros estudos de Lacan e ganha importância com sua célebre frase “o inconsciente está estruturado como uma linguagem”. No Seminário XI (1964/2008), Lacan afirma que antes do estabelecimento das relações propriamente humanas certas relações já são determinadas. Seriam relações fornecidas pela natureza (termo que ele utiliza) e pelos significantes, que organizam, inauguram, modelam e *estruturam* as relações humanas (p. 28). Significa também que antes de qualquer formação do sujeito ele já é contado por alguém. É só depois que o sujeito se reconhece ali onde contam sobre ele que se reconhece como um contador.

Entretanto, Freud, em sua célebre afirmação de que o inconsciente é atemporal, já havia atribuído ao psiquismo outra lógica de funcionamento que não a desenvolvimentista, no sentido de uma sucessão de eventos. De alguma forma, o autor foi o responsável pela manutenção da polêmica desenvolvimentista, uma vez que elaborou a sofisticada teoria de um desenvolvimento⁸ libidinal, como se pode verificar em *Três ensaios sobre a sexualidade infantil*, na qual haveria o primado da genitalidade com as etapas libidinais (fases oral e anal) a serem superadas. A concepção de psicopatologia freudiana também se baseia na perspectiva desenvolvimentista da organização libidinal acoplada às noções de fixação e de regressão. Resta lembrar que o próprio Freud deparou com a inadequação e mesmo com a contradição da concepção desenvolvimentista para explicar os caminhos da pulsão e o inconsciente.

Lacan (1964/2008), no Seminário XI, concorda com Freud sobre o inconsciente atemporal, mas acrescenta que o desenvolvimento se faz pelo tropeço, pelo acidente. Uma crítica à compreensão dos estágios de desenvolvimento a partir de uma causalidade que não leva em consideração os efeitos do encontro do bebê com o Outro. E ainda, para o autor, os estágios de desenvolvimento se organizam em torno da angústia de castração, que é “como um fio que perfura todas as etapas do desenvolvimento” e do “mau encontro” (LACAN, 1964/2008, p. 68) que se relaciona com os furos promovidos pelo encontro com o Outro. Para o autor, não há a primazia de uma zona erógena sobre a outra e nem mesmo de um destino da pulsão.

⁸ ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 121.

Do ponto de vista da psicanálise, deve-se sempre considerar que a dupla condição de imaturidade orgânica e de dependência do Outro traz como consequência o predomínio do que chamamos de simbólico desde os primórdios da existência do bebê. A mãe, o próximo assegurador (Projeto, 1895), nos atos mais simples que realiza com o seu bebê, carrega as marcas simbólicas da sua cultura, da sua história e dos seus desejos que perpassam os atos de cuidado. Essas marcas irão organizar o organismo do bebê.

Coexistem, no desenrolar da vida do bebê, dois eixos de “forças” que estão sempre entrelaçados: o eixo que normalmente chamamos de desenvolvimento cronológico (ou eixo evolutivo, ou ainda diacrônico), que inclui a maturação e a aquisição de funções instrumentais; e o eixo do circuito de desejo e de demanda (ou eixo estrutural, ou ainda sincrônico), no qual o bebê é tomado pelo Outro Primordial ou Outro real, aquele que se apresenta ao mesmo tempo como sustentando o Outro, pequeno outro da relação intersubjetiva, um semelhante, frequentemente encarnado pelos pais. Até a mãe, diante da qual o bebê vai se assujeitar e se fazer objeto, também desempenha o papel de se apresentar como Outro, lugar do tesouro dos significantes (LACAN, 1956-57; LACAN, 1957-58; LAZNIK, 2004; BERNARDINO, 2006).

Distingue-se, portanto, o desenvolvimento apreendido a partir de etapas, fases ou aquisições instrumentais, sejam elas físicas, motoras, sociais, cognitivas ou adaptativas, da constituição do sujeito apreendida a partir da linguagem, entendida como a estrutura necessária para a constituição do sujeito e, portanto, organizadora do seu desenvolvimento. Incluir na abordagem do desenvolvimento a noção de estrutura implica em levar consideração o encontro entre o organismo e a estrutura familiar transmissora da linguagem (ou seja, do sistema simbólico). Nesse caso, a cronologia não é um fator determinante. Lacan introduz a noção de tempo do sujeito em contraposição ao tempo cronológico. Segundo esclarecimento do Dicionário de psicanálise, seria a captura uma historização⁹: “Um tempo poético em que a simbólica revela sua ascendência”. Nesse sentido, os termos regressão e fixação, anteriormente vinculados por Freud às etapas ou às fases libidinais, em Lacan atestam a inscrição temporal do devir do sujeito.

O bebê e a criança pequena, observados somente pela via do desenvolvimento, serão analisados a partir da evolução, ordenação, complexificação

⁹ Idem, p. 123.

e especialização das habilidades, competências e conquistas ao longo do tempo. No entanto, se a noção de estrutura for levada em consideração, acrescentar-se-á a relação desse bebê e dessa criança pequena os outros que os rodeiam e os efeitos para que eles possam vir a falar de si, se nomear, saber quem são, o que desejam e o que querem (Bernardino, 2006).

Como diz Dunker (2006) “[...] a noção de estrutura clínica representou uma verdadeira ruptura paradigmática entre a psicanálise de orientação lacaniana e a psicopatologia de inspiração psiquiátrica e psicológica [...]” (p. 121). O autor articula o conceito de estrutura ao de clínica lembrando que a primeira não é uma dedução de uma “[...] espécie de teoria geral da constituição do sujeito [...]” (p. 122). Portanto, a estrutura não pode ser considerada uma categoria que funciona aprioristicamente, pois ela depende da clínica. Para o autor há um equívoco ou uma falsa oposição entre desenvolvimento e estrutura.

A estrutura se define pela reunião de um universal com um existencial que a negue. Citando Dunker (2006, p. 130): “A estrutura se inclui, mas não se reduz à constituição do sujeito”.

O autor exemplifica essa falsa oposição ao explicitar a articulação de estrutura, de constituição do sujeito e de tempo na obra de Lacan. No texto *Estádio do espelho como formador do je*, a articulação do sujeito é apresentada com o tempo lógico; no Seminário III, a constituição do sujeito está articulada com o tempo da afirmação, da negação e do recalque; nos Seminários IV e V, também se encontra a articulação do sujeito com os três tempos do complexo de Édipo; e, por fim, nos Seminários IX e XI, o sujeito é articulado com a alienação e a separação.

Não há oposição, mas também não há uma maneira única de ler a constituição do sujeito atrelada à noção de estrutura. O entendimento da noção de estrutura entre os autores lacanianos reside na forma como ele é teoricamente articulado a uma dada noção de constituição do sujeito – a entrada na linguagem, a simbolização da falta ou a construção do objeto. Por isso, segundo Dunker (2006), alguns autores deduzem que a estrutura da relação do ser com o sujeito está em sua inscrição na linguagem, como Cabas (1980), Miller (1998) e Soler (1994); outros inferem que a estrutura é uma forma de solução para o desejo no nível da metáfora paterna, como Juranville (1987), Dor (1991a e b) e Nobus (2000); e outros, ainda, induzem a noção de estrutura a partir de uma montagem do fantasma (ou fantasia), como Calligaris (1983, 1989) e Nasio (1991).

São três as maneiras distintas de conceber a estrutura, mas devem ser considerados como três pontos de partida, em que, “partindo de qualquer um deles, se deverão absorver as duas perspectivas seguintes” (DUNKER, 2006, p. 137).

A Pesquisa IRDI pretendeu acrescentar as noções de estrutura e de constituição do sujeito à compreensão e ao olhar do médico pediatra que aborda o desenvolvimento do bebê e da criança pequena. Parte-se do pressuposto de que não há uma só teoria capaz de explicar todo o desenvolvimento humano e que é possível participar do debate sobre esse tema sem desconsiderar as contribuições de outras áreas, preservando a singularidade epistemológica de cada uma delas (incluindo a psicanalítica) e sem produzir um “monstro híbrido” (KUPFER, 2007, p. 29).

Vale lembrar também que os indicadores foram selecionados para uso pediátrico e, portanto, o seu conjunto não tem a pretensão de conter, para a sua elaboração, a expressão de toda a produção teórica psicanalítica sobre a constituição psíquica e sobre a estrutura.

Considerando que as ações clínicas e terapêuticas nunca são exercidas sobre a estrutura, mas sobre seus efeitos, e que o sujeito não é a estrutura, mas se apóia nela, os indicadores clínicos foram selecionados pelo grupo de pesquisadores entre os fenômenos apreendidos em relação aos cuidados maternos e à fase inicial de vida do bebê e que se destacam por apontar a articulação entre as hipóteses teóricas e os achados clínicos ulteriores sobre questões na constituição do sujeito.

3.3 Os Quatro Eixos, Os Indicadores e Seus Fundamentos

Os indicadores clínicos foram construídos a partir de quatro eixos teóricos. A seguir, descrevemos cada eixo teórico para poder fundamentar os indicadores a eles associados como expressão fenomênica.

Eixo 1: Suposição do sujeito (SS)

O eixo “suposição do sujeito” (SS) caracteriza uma antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê, que ainda não se encontra, porém, constituída. Tal constituição depende justamente de que esse sujeito seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). Essa antecipação causa grande prazer ao bebê, já que ela vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe – são palavras carregadas de uma musicalidade prazerosa, chamadas de mamanhês (Ferreira, 1997; Laznik, 2000), o que fará o bebê “buscar” corresponder ao que foi antecipado sobre ele. Ao realizar essa tentativa, trará de volta o efeito de prazer vivido por ele quando ocorreu a antecipação materna – o esgar traduzido pela mãe como um sorriso passará a ser de fato um sorriso. Desse modo, a subjetividade ainda não instalada pode efetivamente construir-se (KUPFER et al., 2009, p. 53-54).

Os dois indicadores que apontam somente¹⁰ a operação do eixo suposição do sujeito devem ser apreendidos a partir da posição do outro materno. Esse eixo destaca a participação e o valor do outro (do Outro) como operador das estruturas mentais do bebê e por isso são direcionados à mãe:

Indicadores:

1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”)

O primeiro indicador desse eixo diz respeito ao “momento” de atribuição de sentido ao grito da criança pela mãe. Ele pode ser considerado como aquele que inaugura a relação mãe-bebê porque denuncia que o outro materno toma as manifestações do bebê como algo a ser lido e não como algo do campo de observação.

¹⁰ Os demais indicadores não apontam só um eixo teórico, mas eles apontam predominantemente o eixo selecionado. Como exposto, os eixos foram separados para uma apresentação didática uma vez que eles surgem simultaneamente e se entrelaçam como uma trama na constituição psíquica e um determina, retroativamente, o outro.

O grito da criança logo se transforma para o outro em algo que já tem estatuto de mensagem. Esse momento é descrito Freud em seu texto *Projeto para uma psicologia científica* (1895) e em Lacan no Seminário V (1957-58).

Esse indicador também ilustra a condição da experiência no humano. Como diz Elia (2004, p. 45): “[...] se nascemos com necessidades, nunca a experimentamos pura ou diretamente, ou seja, sem a mediação da linguagem [...]”, porque aquele que vem responder às necessidades do bebê humano é um ser de linguagem e, como tal, só pode atendê-las com a linguagem. Ou, como dizia Winnicott (1965), não existe um bebê sem uma mãe.

Esse indicador ilustra a condição paradoxal da constituição psíquica. Para que a constituição do bebê como sujeito seja possível, é preciso que um outro encarnado sustente na relação com ele a temporalidade do desejo, como diz Jerusalinsky (2002), do “futuro anterior” (p. 93), de vir a ser: ele é bebê de e para alguém. A mãe sabe sobre o seu filho. Esse outro não anônimo o reconhece, situa-o na filiação, na história parental, numa série a partir da qual passa a ser contato.

Reconhece-se nesse indicador também a concepção de Winnicott (1956/2000) da *preocupação materna primária*: capacidade da mãe de dedicar-se totalmente ao seu bebê e aos seus cuidados, de devotar-se a ele em função das necessidades percebidas como tais durante a fase inicial de vida do bebê. É, portanto, uma preocupação temporária. Outra forma que o autor usa para descrever essa capacidade materna é: “a sensibilidade da mãe em sentir-se no lugar do bebê e assim corresponder às suas necessidades” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403). O autor chega a dizer que essa preocupação materna primária fornece o contexto para a constituição da criança. A falha materna em se adaptar às necessidades do bebê levaria a uma ameaça de aniquilação do bebê.

O segundo indicador é aquele que explicita o que a psicanálise considera como o próprio campo humano (o que humaniza a criança): o circuito do prazer e do desejo.

A fala particular da mãe em direção ao bebê, hoje conhecida como *manhês* e *paiês*¹¹, vem sendo sistematicamente estudada (FERREIRA, 1997; LAZNIK-PENOT, 1997; LAZNIK, 1999 e 2004; JERUSALINSKY, 2002; CRESPIAN, 2004; BERNARDINO, 2006; JERUSALINSKY, 2008).

O “*manhês*” e o “*paiês*” se manifestam por modificações da voz e da prosódia, por formas melódicas doces, longas, com grandes extensões. Há também cortes claros entre dois fragmentos sonoros. Esses cortes são essenciais no “*manhês*” e no “*paiês*” (LAZNIK et al., 2006). A prosódia do “*manhês*” e do “*paiês*” é, portanto, a música da fala, com suas inflexões, suas entonações, suas modulações variadas, seus silêncios, suas escansões e seus ritmos.

Os picos prosódicos parecem ser encontrados, além de no “*manhês*” e do “*paiês*”, na língua adulta quando exprimimos dois afetos simultâneos: a surpresa, a admiração e o reencontro, a descoberta (CRESPIAN, 2004, p. 2004).

A prosódia da voz materna (ou do Outro Primordial) tem uma dimensão irresistível ou invocante para o bebê. Essa dimensão relaciona-se à existência, simultânea, da surpresa e da alegria que o bebê provoca no Outro e que se presentifica na prosódia (FERREIRA, 1990, 1997, e 2005; de LEMOS, 1992; WEILL, 1998; LAZNIK, 2004; LAZNIK et al., 2006).

O poder invocante do “*manhês*” e do “*paiês*” é um dos determinantes da alienação do bebê no Outro (LAZNIK, 2004).

No Seminário sobre a relação de objeto (1956-57), Lacan afirma que a criança entende muito mais a estrutura da palavra do adulto antes de perceber o seu sentido.

¹¹ FERGUSON, C., 1977; ELLIOT, S.J., 1982; FERNALD, A., 1982; FERREIRA, S., 1990 e LAZNIK, M-C. 1997, propõem inicialmente o termo *mamanhês*, ou *manhês* (*motherese*). Posteriormente, uma série de psicanalistas questionou a utilização do termo *manhês* alegando que a função materna e, portanto, os picos prosódicos nas falas de adultos cuidadores dirigidas aos seus bebês poderiam ocorrer na relação do pai, ou cuidador masculino, com o bebê. Propõe-se então o termo *parentês*, numa tentativa de tradução do termo francês *parentese*, referindo-se aos pais (Laznik (2004). Neste texto de doutorado, propõe-se a utilização de dois termos – ***manhês e paiês*** –, numa nova tentativa de, por um lado, concordar com a possibilidade da função materna e, como parte dela, essa fala particular do adulto dirigida ao bebê que apresenta os picos prosódicos poder ser desempenhada por um Outro, seja ele do sexo feminino ou do sexo masculino – a função materna pode então ser desempenhada tanto pela mãe como pelo pai (por um cuidador feminino ou por um cuidador masculino). Por outro lado, atentando para o fato de que haverá diferença na função materna se ela for desempenhada por um homem ou por uma mulher. Isso porque o Outro, suporte da função materna, é composto por um ser humano homem ou por um ser humano mulher e também pelo discurso masculino ou pelo discurso feminino. Haverá assim diferença, por exemplo, nos contatos corporais e físicos de um bebê embalado por uma mulher (um tipo de relação corpo a corpo), que transmitirá, por meio desses contatos, um discurso feminino, e, por um corpo masculino, que transmitirá um discurso permeado de masculinidade (BERNARDINO, comunicação pessoal, 2009).

Winnicott (1983) não trabalhou a especificidade dos picos prosódicos, mas já destacava a linguagem maternante ao dizer que o importante para o desenvolvimento psíquico do bebê não é exatamente o que a mãe diz, mas “como ela diz” (p. 85).

Dolto (1984/1992) também afirma que o recém-nascido só pode desenvolver-se num corpo se ele está em relação com uma voz de homem e de mulher.

Eixo 2 – Estabelecimento da demanda (ED)

No eixo “estabelecimento da demanda” (ED), estão reunidas as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, e que serão reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela. Esse reconhecimento permitirá a construção de uma demanda – para a psicanálise, sempre uma demanda de amor – desse sujeito a todos com quem vier a relacionar-se. Essa demanda estará na base de toda a atividade posterior de linguagem e de relação com os outros (KUPFER et al., 2009, p. 54).

O segundo eixo, o estabelecimento da demanda, é representado por indicadores apreendidos do lado da criança, com exceção de um deles, porque já há a possibilidade de acompanhar nela o desenrolar do diálogo que desloca o grito para a função de apelo para o campo da demanda e para a inscrição do desejo. A mudança de necessidade para desejo se opera em todos os registros de troca do bebê com os outros.

No Seminário I (1953-54), Lacan distingue dois âmbitos: o do apelo, que se relaciona ao grito, ao choro e à descarga motora do bebê que comunica um rompimento da homeostase de seu funcionamento; e o da demanda, que parte do reconhecimento materno de que as reações involuntárias do bebê são pedidos que a criança dirige à mãe. A demanda vem dos outros e é uma leitura que esses que cercam o bebê fazem.

É Lacan quem inaugura, na psicanálise, o conceito de demanda referindo-se à forma de expressão de um apelo quando se quer obter alguma coisa de alguém. No registro humano, segundo Lacan, a demanda estaria relacionada à busca de um ressignificar o objeto da primeira experiência fictícia de satisfação. A demanda, diz Lacan (1964), é sempre demanda de presença e de ausência, sendo assim, demanda de amor. É, portanto, sempre um apelo dirigido ao Outro. A demanda pode até se mascarar de necessidade, porém vai implicar um Outro na tentativa de satisfação e, por isso, já escapa às determinações instintivas.

Esse eixo da demanda estará na base de toda a atividade posterior de linguagem e de relação com os outros.

Foram selecionados indicadores que representam o enodamento do corpo (do organismo e da necessidade) ao registro da satisfação pulsional¹². De certa maneira, é como se o corpo fosse reescrito, segundo Fink (1998, p. 30): “[...] A fisiologia dá lugar ao significante e todos os prazeres corporais acabam por implicar/envolver uma relação com o Outro” [...].

Esse trabalho de enodamento que o Outro produz no corpo do bebê pode ser apreendido pelas palavras de Lacan (1966-67/2003, p. 327):

[...] esse lugar do Outro não deve ser buscado em parte alguma senão no corpo, que não é intersubjetividade, mas cicatrizes tegumentares no corpo, pedúnculos a se engancharem em seus orifícios, para neles exercer o ofício de ganchos, artifícios ancestrais e técnicos que o corroem.

Nessa seleção, elencou-se também o registro de três campos: a passagem do alimento à alimentação, as trocas visuais e a passagem da palavra e da voz à pulsão invocante.

Em relação ao campo das trocas visuais, Lacan (1964/2008, p. 76), no *Seminário XI*, ao falar da esquizofrenia do olho e do olhar, já anunciava o que os psicanalistas que vieram a trabalhar com bebês destacaram. Entre o olho e o olhar há o campo escópico, ou a preexistência de um olhar. Segundo o autor, “[...] eu só vejo de um ponto, mas em minha existência sou olhado de toda parte” [...].

Mas, se retomarmos Freud (1895, 1905), ele declara que os traços mnêmicos das satisfações das necessidades tinham como fontes iniciais a fome, a sede e também os traços visuais do próximo assegurador (do cuidador).

Crespin (2004) nos lembra que o olhar deve ser distinguido da visão, no sentido de que a visão é um funcionamento de órgão, enquanto o olhar é uma função psíquica que implica a questão da representação (p. 34). Ou, segundo Laznik (2004), o olhar é um signo de investimento libidinal e por isso diz respeito à experiência da presença. Dessa maneira, as trocas do campo visual entre o bebê e a mãe (cuidador) se transformam no jogo do olhar e ver-ser visto.

¹² Freud considera a pulsão como um conceito limítrofe entre o psíquico e o somático, a representante psíquica das excitações vindas do interior do corpo. Para Lacan, a pulsão se separa da satisfação das necessidades orgânicas e se relaciona ao significante. A pulsão diz respeito à alienação do bebê ao Outro, a sua entrada no campo do desejo – fazer-se objeto do desejo do Outro.

Esse jogo vai se transformando numa troca prazerosa, configurando a pulsão escópica, representada pelo júbilo ou prazer que o bebê tem no reconhecimento de sua imagem no espelho que se articula com a experiência da prosódia na voz da mãe (conforme indicador 2 sobre o “manhês” e o “paiês”). Voz e visão, escutar e olhar, estrelaçam-se no funcionamento pulsional.

Nesse entrelaçamento do organismo, da necessidade, da percepção com a pulsão, destaca-se também a concepção de Bergès e Balbo (1997) do “orolho” – órgão mítico que ele atribui ao recém-nascido para lembrar que logo cedo é o significativo que organiza e recorta o mundo perceptivo. Laznik (1997) também utiliza o termo “aerolhar” para a complexa articulação da vivência do corpo do bebê envolto com a representação dos pais sobre esse corpo. Ou seja, a mãe “[...] vê e escuta o que ainda não está para que um dia possa advir [...]” (p. 39). É também o que Winnicott (1993) chamava de *loucura necessária das mães*.

Em relação ao campo da passagem do alimento à alimentação, foi Freud quem inicialmente demonstrou que a boca era uma zona erógena. Citando o autor:

A obstinada persistência do bebê em sugar dá prova, em estágio precoce, de uma necessidade e satisfação que, embora se origine da ingestão da nutrição e seja por ela instigada, esforça-se todavia por obter prazer independentemente da nutrição e, por essa razão, pode e deve ser denominada de sexual... (FREUD, 1938/1976, p.179).

Lacan (1964/2008, p. 165), no Seminário XI, utiliza o termo “prazer da boca”, lembrando que a boca que se abre ao registro da pulsão não se satisfaz com o alimento, nem mesmo com a sua lembrança. Retomando Freud o autor afirma que o objeto da pulsão oral é o seio, neste caso *objeto a*¹³ causa do desejo, é contornado por essa pulsão. A pulsão contorna, bordeja e volta (p. 166), porque ela se estrutura no vaivém: a pulsão caminha na dialética do arco e da flecha. Há uma superfície na qual a pulsão se origina, mas o seu alvo é o retorno em circuito. Dessa forma, Lacan deixa claro que a pulsão não tem como alvo um objeto e muito menos um objeto de necessidade. O autor dá, então, um passo nas descobertas de Freud, destacando que é importante para a constituição psíquica dos bebês o deslocamento da boca já

¹³ O conceito de *objeto a* aparece no Seminário XI como consequência do efeito de castração, de corte, ou seja, da perda primordial do objeto. Mas, na obra de Lacan, o *objeto a* será trabalhado por outras vias, como, por exemplo, pela via da castração e pela via da fantasia. Nesse seminário, a definição de *objeto a* é aquela que remete à presença de uma ausência, de um vazio (p. 176). Segundo Chemama, “o *objeto a* não é um objeto do mundo. Não representável como tal, só pode ser identificado sob a forma de ‘fragmentos’ parciais do corpo, redutíveis a quatro: o objeto da sucção (seio), o objeto da excreção (fezes), a voz e o olhar” (p. 278).

no registro da pulsão para obtenção de uma satisfação não só pelo alimento (ou pelo seio). Lacan introduz a noção de que a satisfação pulsional não se dá pelo encontro com o objeto, mas pelo trajeto da pulsão, pelo circuito que ela percorre.

É nesse sentido que Crespim (2004) afirma que a relação alimentar no bebê (e, por que não dizer, no ser humano) transforma-se numa metáfora de amor: a experiência primordial de absorção do alimento já está entrelaçada, desde esse início, ao investimento da relação com o Outro, com toda a dimensão fantasmática que comporta a questão da incorporação do alimento. Há também, nesse sentido uma experiência primordial de satisfação simbólica. Por isso, segundo a autora, encontramos bebês que podem recusar o alimento num movimento de colocar “[...] limite à onipotência originária da mãe e dispor assim do espaço no qual ele pode advir [...]” (p. 53). Essa seria a dimensão simbólica da recusa alimentar e de seu estatuto de linguagem.

Também podemos encontrar bebês que se entregam, sem se manifestar ou reagir, a essa onipotência originária da mãe. No plano da oralidade, essa posição se traduz por um preenchimento passivo, designando um comportamento no bebê de se deixar literalmente preencher, sem apetite ou prazer, não importando quando e por quem está sendo alimentando – seria o inverso dos bebês gulosos e glutões que se imundam de leite e da presença de um outro. Entretanto, essa maneira de aceitar tudo desses bebês se traduz, posteriormente, em uma indiferenciação do laço.

Indicador:

3. A criança reage ao “manhês”.

A presença do indicador “manhês” depende da posição materna em sentir prazer no contato e na relação com a criança, mas também é preciso um movimento da criança no sentido de se deixar capturar por essa dimensão da relação com o outro materno.

Fernald mostrou que os bebês, antes da experiência de satisfação alimentar (antes da primeira mamada), ao ouvirem a voz materna dirigida a eles (e que, portanto, apresentava os picos prosódicos), ficavam atentos e começavam a sugar. Laznik (2004, p.82) compreende que essa experiência de Fernald com os recém-nascidos acontece:

“[...] Desde o nascimento, e antes de qualquer experiência de satisfação alimentar, o recém-nascido tem uma apetência extraordinária para o gozo que a visão de sua presença desencadeia no outro materno [...]”. Entende-se que a reação do bebê ao “manhês” e ao “paiês” implica um duplo movimento: de um lado o bebê é fisgado pela prosódia da voz materna, mas de outro o bebê já se coloca no lugar do objeto que provoca o prazer que o outro transmite sentir na prosódia. A autora completa que o bebê e a mãe já estão amarrados num circuito pulsional escópico.

Seria também a protoconversaçoão (*turn talking*) dos psicolinguistas, atividades rítmicas partilhadas, descritas como a troca de expressões entre a mãe e a criança, do rosto, da voz, do olhar e dos movimentos que ocorrem num certo ritmo. O bebê dá a impressão de compreender o que a mãe diz e faz um esforço para se exprimir com movimentos da língua e da boca.

A reação ao “manhês” e ao “paiês” diz respeito à pulsão invocante que também pode ser entendida, segundo Vorcaro (2002), como efeito de mudanças de ritmo em cantigas de embalar bebês. Nesse momento, é possível perceber o movimento do corpo do bebê em consonância não apenas com o embalar do corpo, mas também com a sonoridade vocálica (p. 67). A autora chama esse jogo linguístico de embalar andante.

Vorcaro (2002) remete a Freud (1905/1976b), que apontou que o efeito de prazer do ritmo ou da rima não se refere ao sentido, mas ao prazer do *nonsense*. A criança ri e mostra ter prazer pela sonoridade, e não pelo sentido, por isso ela joga com as palavras procurando similaridades fônicas. O gosto pelo *nonsense* é atribuído à passagem de um fragmento da linguagem maternante e secreta para o registro do que é permitido na língua materna (VORCARO, 2002, p. 66).

Bergès e Balbo (1997) também sublinharam a importância dos elementos de prosódia nas cantigas infantis sem sentido, faladas ou cantadas (como “uni, duni, tê, salamê, mingûê, o escolhido foi você”), que pela repetição fazem surgir o sentido do que não tem sentido.

O prazer infantil nessas “brincadeiras” da língua, no *nonsense* e nas cantigas sem sentido remete ao embalo cantante do outro materno, um exemplo da pulsão invocante em que o prazer está no ritmo e na entonação, e não no sentido.

Indicadores:

7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.

Os cuidados maternos que se desenrolam no plano físico – de sobrevivência do bebê – são os responsáveis pela “trama”, pelo “enlaçamento” do orgânico e do psíquico, já que em cada ato de cuidado está presente também um ato psíquico da mãe, que por sua vez serve de moldura às *percepções*, *sensações* e, depois, aos *sentimentos* do bebê. Os cuidados maternos modelam a expressão das pulsões da criança (BOUKOBZA, 2002, p.23) e colocam em ato as inscrições simbólicas.

Esses dois indicadores retratam o enodamento dos cuidados rotineiros com as ações psíquicas oferecidas pela mãe. A capacidade de a criança utilizar sinais diferentes para expressar o que sente, o prazer ou o desprazer, o querer ou não algo, é uma indicação de que não se trata mais do universo do grito, dado que este se transformou em demanda e deixou de ser uma descarga relacionada à necessidade para imbricar-se na satisfação pulsional visando à comunicação com o outro (CRESPIN, 2004).

Como não é possível separar o corpo do que seria a pulsão ou a libido, uma gama de manifestações tônico-posturais da criança se insere no circuito do diálogo com o outro. Bergès e Balbo (1997) falam claramente que é a partir do estágio do espelho, como elaborado por Lacan, que a imagem globalizante fará contraste à tonicidade e à motricidade do bebê. Dessa forma, esse estágio não situa somente o corpo do bebê em relação à alteridade do Outro, mas também antecipa o funcionamento do que ainda é imaturo do ponto de vista sensorial. A mãe antecipa a maturação motora e tônica por meio dos seus próprios movimentos e da sua postura.

Bergès e Balbo (1997) também consideram esses movimentos tônicos ou jogos de posição entre mãe e filho importantes para a passagem a um não discernimento entre o Eu e o Outro. Para esses autores, haveria uma *identificação transitiva* entre mãe-e filho que se assemelharia ao que Freud (1921/1976) descreveu como *identificação por incorporação*. Nessa identificação, a mãe toma a posição do bebê para supor o que se passa com ele, mas, por outro lado, o bebê, ao se identificar com

essa hipótese materna, também toma o lugar da mãe e se identifica com ela. Alguns autores destacam que essa identificação é diferente da identificação histórica ou imaginária, sendo uma identificação simbólica, porque, segundo Vorcaro et al (2008, p. 52), “[...] é literalmente uma identificação em que se identifica no discurso da mãe de modo ativo um movimento de incorporação. Afinal, na operação simbólica transitiva interessa que o corpo experienciou algo [...]”. É uma identificação em que a mãe, pela experiência, demonstra e introduz algo para o bebê.

Diversos autores discorreram sobre esse tema, como Stern (1989), que nomeia de *accordage affectif* a capacidade do adulto de compartilhar o estado emocional do bebê.

A mudança da manifestação das necessidades da criança para uma preferência (gostar) aponta também para a emergência do sujeito: quando os pais podem reconhecer no filho os seus gostos e preferências, esclarece-se que eles estão em frente a um outro, diferente, que diz sobre si.

Indicador:

5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.

Laznik (2004) é a autora que vem alertando para a importância desse indicador. Segundo ela, o não olhar entre a mãe e o filho, principalmente se a mãe não percebe a ausência dessa troca, é um sinal de risco para a constituição psíquica e para a instalação do autismo, se associado a um segundo indicador de falha na instauração do circuito pulsional.

A importância do olhar para a constituição psíquica está presente desde a concepção do estágio do espelho (Lacan, 1966/1998) e o que Winnicott chama de “o rosto da mãe como espelho” (1967/1975). O estágio do espelho é compreendido como momento fundador, ou mítico, em que a antecipação (representação) da imagem unária¹⁴ conduz à constituição da imagem do corpo do bebê. O fracasso na

¹⁴ Destaca-se aqui a diferença entre a teoria lacaniana e a construção teórica de Dolto sobre a imagem inconsciente do corpo. Segundo Dolto (1984), haveria, desde a concepção, uma memória de todo o vivido relacional que constituiria a imagem do corpo do bebê. Kupfer (2008) indica que alguns autores, de outras correntes que não a psicanálise, também apontam para a existência, desde o início da vida, de uma primeira “noção de si” no bebê (Meltzoff) ou uma imagem neuronal (Trevarthen).

instauração da relação especular também foi apontado por Lacan (1963), no *Seminário X*, ao se referir a mães que consideravam a criança em seu ventre, somente um corpo.

O bebê, ao olhar para os olhos ou para o rosto da mãe, vê refletida a imagem de si mesmo que a mãe lhe endereça. O bebê se identifica com essa imagem (porque ela lhe é apresentada como sendo sua imagem), antecipada de um corpo próprio unário, integrado e organizado, enquanto em termos reais sua vivência no corpo ainda é desorganizada, caótica, não integrada. O bebê se aliena nessa imagem virtual que o Outro lhe apresenta. O bebê entra na dimensão de ter (imaginariamente) um corpo. Reconhece-se aqui o conceito freudiano de ilusão antecipadora que aparece em 1914 no texto *Introdução ao narcisismo*, quando Freud fala da necessidade de a criança ocupar o lugar de “Sua Majestade, o bebê”.

A antecipação imaginária de um corpo, de um Eu do bebê, dá lugar à antecipação funcional pela qual os pais, ao antever realizações instrumentais do bebê, introduzem ofertas e demandas propiciadoras de tais realizações. O Outro encarnado implica seu desejo, aposta na capacidade do bebê de efetuar uma nova realização, e o bebê se lança a fazê-la sustentado em tal aposta.

Em termos winnicottianos, se os traços do rosto materno não forem um espelho para seu filho, a capacidade criadora da criança é prejudicada e sua percepção assume uma função defensiva de evitar o rosto materno.

Segundo Laznik (2004), devemos entender a constituição da vivência de um corpo próprio na conjugação dos campos do olhar e da voz. A ilusão antecipatória dos pais se faz tanto no campo do olhar, em que “aureolam” o corpo orgânico do bebê com imagens do seu porvir, como no campo do escutar, que permite à mãe ouvir os balbucios do bebê como mensagens. A própria autora articula o ver e o escutar o que ainda não está para que um dia possa advir ao que Winnicott (1965/2003) chamava de *loucura necessária da mãe*.

O estádio do espelho é o momento de alienação do bebê ao desejo do Outro. O Outro Primordial do bebê, sustentado pelo cuidador, é capaz de “ver e olhar” para o bebê – ver o corpo do bebê, olhando-o como um corpinho imaginado e idealizado. O bebê é “capturado” por essa imagem e pelo desejo do Outro, e é essa “captura”, a alienação no desejo do Outro, a condição para que o bebê se torne um sujeito.

Indicadores:

10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
20. A criança faz gracinhas.

Esse grupo de indicadores identifica o que se chama em psicanálise de montagem pulsional.

A relação com o outro provê ao bebê a satisfação física, o contato com a sonoridade das palavras e o acesso aos gestos e aos olhares. Assim, segundo Bernardino (2006, p. 32):

[...] cada parte do corpo vai recebendo inscrições psíquicas, como se a mãe fosse “escrevendo” no corpo do bebê ao cuidar dele, permitindo construir o que depois será sua “imagem corporal”. Nesta “escritura”, as marcas de desejo materno erogenizam o corpinho do bebê instaurando o que Freud denominou de “pulsões parciais”: pontos do corpo que se destacam e passam a ter um registro psíquico, a partir da significação colocada pelo Outro.

Nos primeiros tempos de vida do bebê, não é possível separar seu organismo de seu psiquismo, pois os efeitos da linguagem que constitui o psiquismo organizam sua relação com seu corpo. É nesse sentido que a pulsão, para Lacan (1964/2008), não é mais um conceito limítrofe entre o biológico e o psíquico, como entendia Freud, mas um conceito que articula significante e corpo (não o biológico, mas uma construção que implica o outro e seu olhar).

As partes do corpo, os orifícios (boca, orelha, nariz, ânus) em torno dos quais se gera uma atividade que exige cuidado podem vir a se estabelecer como zonas privilegiadas, erógenas, no laço com a mãe. Entretanto, as zonas erógenas se fazem nos pontos do corpo do bebê que têm estrutura de borda (LAZNIK, 2004).

É nessa relação com o outro (com a mãe) que a sexualidade da criança vai sendo construída. A mãe (ou alguém nessa posição) demarca bordas no corpo da criança, dando-lhe um sentido, E é na relação com a mãe que um circuito pulsional poderá ser ativado no bebê.

Na medida em que o bebê é tomado pela mãe como objeto de desejo, ela produz nos cuidados que dirige a ele um transbordamento no funcionamento de suas diferentes funções, pois o objeto dos cuidados não é puramente o objeto da função, mas também da libido, do gozo ou do erotismo. Esse conceito de transbordamento das funções foi introduzido por Bergès e Balbo (1997).

Segundo Jerusalinsky (2002), há uma duplicação da estrutura: o órgão recebe um banho de linguagem que, ao bordejá-lo, faz dele uma zona erógena e produz seu movimento pulsional.

Nesse movimento, a criança solicita não somente o objeto que pode satisfazer sua necessidade, mas o outro, porque ele também se tornou fonte de prazer. A criança também já sabe como se oferecer para chamar a atenção desse outro.

Esses dois indicadores são observáveis na passagem pelo estágio do espelho, no qual a criança começa a produzir sintomas como resposta à sua posição em relação ao outro. Sintomas que funcionam como manifestações ou respostas ao que nele já se inscreveu: os charmes e as caretas das crianças, por exemplo, são produções que visam a ser olhadas pelos outros (JERUSALINSKY, 2002) e nessa produção particular da criança se percebe o caminho já percorrido da erogenização do seu corpinho (que não é mais só fonte de percepção e de sensação, mas também de prazer). Ou seja, habitando um corpo erógeno, a criança utiliza as suas produções instrumentais a partir de uma extensão simbólica, como possibilidade de enlaçar o outro.

As brincadeiras repetitivas da criança de aparecer-desaparecer (o jogo do carretel, descrito por Freud em 1920, e o esconde-esconde) também indicam o trabalho psíquico na direção da constituição da imagem especular, a elaboração sobre o próximo eixo dos indicadores e a alternância entre presença e ausência, que permite à criança entrar no mundo simbólico.

No Seminário XI, Lacan (1964/2008) também faz alusão à brincadeira do *fort da* explicitando, primeiramente, que a repetição na brincadeira demanda o novo (p. 65). Em segundo lugar, Lacan ressalta que “[...] o jogo do carretel é a resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio criar na fronteira de seu domínio, isto é, um fosso, em torno do qual ele nada mais tem a fazer senão o jogo do salto [...]” (p. 66). Por isso, entende-se que essas brincadeiras que dizem respeito à construção da imagem corporal, *fort da* e esconde-aparece, também são efeitos da incidência da alternância do eixo presença-ausência, especificamente a capacidade de criar a partir da falta ou ausência do outro materno. Mais adiante no texto, Lacan acrescenta que esse jogo do carretel não diz respeito à necessidade (para satisfazê-la, a criança grita), mas à relação do sujeito com o *objeto a* ou com a saída (ausência) da mãe como causa da divisão (*spaltung*) do sujeito.

Indicador:

15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.

Esse indicador foi bastante trabalhado por Laznik (Laznik-Penot, 1991 e Laznik, 2004) e representa o que ela denominou de três tempos do circuito pulsional.

A autora recorre a Freud para descrever o primeiro tempo, chamado de ativo, no qual o bebê vai em busca do objeto externo oral para se apoderar dele. (Esse primeiro tempo pode ser identificado pelo “mamar bem” do bebê). O segundo tempo é reflexivo e autoerótico, no qual a criança toma o objeto como uma parte do próprio corpo (e pode ser exemplificado com a capacidade do bebê de chupar a própria mão, o dedo ou a chupeta). Para explicar o terceiro tempo, Laznik retoma mais uma vez Freud. É somente com o terceiro tempo que se dá, de fato, o circuito pulsional (o próprio circuito ou montagem pulsional). A criança vai se fazer objeto de um outro sujeito e é ativamente que o bebê se coloca nessa posição “passiva” de se fazer objeto de prazer (gozo) do outro, de se sujeitar a um Outro. Um exemplo desse momento no registro da pulsão oral seria o movimento do bebê em estender o seu pé em direção à boca de sua mãe e, os dois experimentarem um prazer compartilhado nesse jogo. Esse indicador ilustra o que se compreende como satisfação pulsional, porque esse jogo entre mãe e bebê não visa a saciar uma necessidade. É a presença desse terceiro tempo que ressignifica os dois anteriores como de fato pulsionais. Por exemplo, em relação ao segundo tempo, do autoerotismo, só é possível determiná-lo assim se houver o terceiro tempo da representação do outro como fonte de satisfação pulsional do bebê e, portanto, o campo do prazer pulsional. Se não houver, sugar o próprio dedo não passará de uma descarga motora e ficará no nível da sensação (proprioceptiva).

A instalação do circuito pulsional aponta, em paralelo, para a construção da imagem corporal. Nessas “brincadeiras” entre mãe e filho podem ser acompanhadas as trocas prazerosas que se realizam com o único objetivo relacional: nessas brincadeiras não há intenção ou possibilidade de o bebê solicitar a mãe para outra coisa que não o sentir prazer, e o bebê não espera outra coisa da mãe senão a sensação de prazer libidinal: por que os dois “brincam” quando a mãe solicita o pezinho do filho e este lhe oferece o pezinho desejado?

Nesse momento, também é possível distinguir o que se denomina esquema corporal do que Dolto (1984/1992) chama de imagem inconsciente do corpo. O esquema corporal é, para a autora, “[...] o utensílio, o corpo, ou melhor, o mediador organizado entre o sujeito e o mundo [...]” (p.10), e a imagem inconsciente do corpo, presente desde a concepção, seria “[...] a memória inconsciente de todo o vivido relacional [...]” (p. 15). É graças à imagem inconsciente do corpo, cujo suporte é o esquema corporal, que entramos em comunicação com os Outros e existe a possibilidade de entrelaçamento entre sujeito, corpo e libido.

Kupfer (2008) utiliza a distinção e a conceituação de Dolto (1984/1992) para compreender o autista. Este seria como um puro vivente sem libido ou uma criança cujo esquema corporal funciona um tanto quanto dissociado do sujeito. A viscosidade dos autistas seria uma demonstração de uma tentativa de reconstrução de uma imagem corporal que não se constituiu por completo.

Eixo 3 - alternância presença-ausência (PA)

O eixo “alternância presença/ausência” (PA) caracteriza as ações maternas que a tornam alternadamente presente e ausente. A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, digno de nota, obrigando a criança a desenvolver um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. A presença materna não será apenas física, mas será, sobretudo, simbólica. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras (KUPFER et al., 2009, p. 54).

Esse é um eixo nodal da constituição psíquica. Os cuidados maternos – o *retorno* rotineiro e regular da mãe em relação aos cuidados com o bebê – proporcionam à criança o sentimento de coesão (unidade), de continuidade e de uma existência segura. O termo *retorno* já indica a alternância materna. É a operação da função materna que introduz, paulatinamente, a alternância; por outro lado, é a alternância que possibilita o funcionamento das funções materna e paterna.

No Seminário XI, Lacan (1964/2008) elabora e formaliza os conceitos de alienação e separação e a alternância entre eles como operações constituintes do sujeito. À operação de alienação Lacan denomina *vel*, considerando-a como a primeira operação em que se funda o sujeito (p. 205). A segunda operação, a separação, “[...] termina a circularidade da relação do sujeito ao Outro [...]” (p. 208).

Segundo Crespim (2004, p. 29), “é a alternância dos funcionamentos de atribuição e de corte, na sua regulação recíproca, que assegura a emergência do espaço onde o bebê poderá advir como sujeito”.

Os efeitos da inscrição da alternância nos cuidados maternos são importantes para a construção da imagem corporal da criança e para a existência de um espaço de incidência da função paterna: o fato de a mãe poder estar ou não presente indica que há nela um desejo outro que não pela criança (LACAN, 1957-58). a alternância também dá a entender que “a criança deve estar presente ou ausente para a mãe” (p. 7). A alternância tem estreita relação com a função paterna, porque o reposicionamento da mãe, como aquela que dá sentido às produções do bebê e como aquela que admite que o sentido também depende da resposta que ela obtém do bebê, se dá porque ela está assujeitada a uma exterioridade que condiciona sua relação com a criança (FARIA, 2003).

Esse eixo também se relaciona à fundamentação winnicottiana de que os cuidados maternos – a mãe é considerada parte fundante do desenvolvimento mental do ser e seu comportamento é parte integrante e real do bebê – exigem da mãe uma conduta *suficientemente boa* para não transmitir uma concepção idealizada da função materna: os cuidados não podem ser mecânicos nem infalíveis, eles devem ser imperfeitos. Essa é uma condição humanizante e humanizadora. Winnicott acrescenta que a capacidade de a mãe corrigir as suas falhas é fundamental para a humanização do bebê. Esse jogo entre falhar e corrigir a falha, *a posteriori*, é o paralelo com o que está se chamando de alternância presença/ausência. Segundo Winnicott, “o que o bebê precisa, e necessita de modo absoluto, não é de algum tipo de perfeição de maternagem, mas de uma adaptação *suficientemente boa*, aquela que faz parte de uma relação viva em que a mãe temporariamente se identifica com o seu bebê” (p. 37). E a função da alternância fica clara quando o autor diz: “É aqui que se dá a diferença entre perfeição mecânica e amor humano. Os seres humanos cometem muitos erros, e durante o tempo em que a mãe cuida normalmente do seu bebê ela está continuamente corrigindo as suas falhas” (p. 87).

Indicadores:

4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.

Esses indicadores apontam o campo das antecipações imaginárias da mãe em relação à criança. Essas antecipações são colocadas em ato pelo agente materno nos cuidados que ele dirige à criança, produzindo antecipações funcionais. (JERUSALINSKY, 2002).

As antecipações imaginárias são configuradas a partir dos ideais familiares e sociais. Ou seja, referem-se ao que a sociedade estipula como normal e esperado para a criança em determinada etapa do seu desenvolvimento e também ao que a família considera como o padrão infantil. A partir desse “material” social e familiar, a mãe antecipa um corpo imaginário na criança e lhe propõe, lhe oferta, lhe demanda realizações que, por sua vez, antecipam as capacidades funcionais da criança. A mãe aposta na capacidade da criança de efetuar uma nova realização (e nessa aposta já há a implicação do desejo materno) e a criança se lança a fazer tal realização por causa dessa aposta materna. (JERUSALINSKY, 2002).

A função winnicottiana de *holding* (1965/1983) também fundamenta esses indicadores. O *holding* é a capacidade materna de segurar e conter fisicamente a criança, como explicitado no indicador 12 – a mãe dá suporte às iniciativas do bebê sem poupar-lhe esforço. Essa função exige um cuidador capaz de adaptar-se continuamente às necessidades do bebê, oferecendo-lhe uma imagem suficientemente clara e se tornando um ponto de referência para ele. Aos poucos, a mãe desenvolve uma aptidão crescente em não satisfazer em sua adaptação as necessidades do bebê, o que possibilita ao bebê enfrentar essa falta de adaptação da mãe desenvolvendo a capacidade de pensar. Para Winnicott, pensar é, em primeiro lugar, um substituto materno.

A função materna precisa ainda ser responsável pela instalação da alteridade, que se dá quando, ao mesmo tempo em que sustenta e antecipa às produções do bebê, também oferece um espaço no qual o bebê poderá se precipitar, se lançar e

se implicar como sujeito em uma realização. Por isso, Jerusalinsky (2004) diz que, quando o bebê dá os primeiros passos, se lança em uma realização, o efeito para a mãe é de surpresa. A surpresa significa que a mãe deixou espaço para que o bebê pudesse vir a responder como sujeito. A autora continua: “[...] Quando uma mãe se surpreende com a realização do filho, isso evidencia que ele foi além do que era pedido, do que era demandado, comparecendo como sujeito [...]” (p. 169).

Indicadores:

6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.

22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.

Os ritmos de sono-vigília, fome-saciedade, tensão-apaziguamento, atividade-relaxamento, são efeitos da instalação da alternância. (JEURSALINSKY, 2002).

O sono ou repouso é importante como tempo de separação referente à relação com o Outro: a capacidade de adormecer está ligada à capacidade que o bebê tem de se separar do seu Outro na relação, e para que isso ocorra a representação da presença na ausência deve ser suficientemente elaborada.

Além disso, a instalação do ritmo do sono é uma consequência do enlaçamento pulsional (da subversão do fisiológico pela pulsão), porque indica que o organismo do bebê não responde ao registro da necessidade, mas já se inscreveu nele o registro simbólico do sonho.

A importância do ritmo também foi destacada por Dolto (1988, p. 27), ao afirmar que: “Todo o instinto, pulsão biológica primitiva, participa de um dado que caracteriza todas as manifestações da vida: o ritmo. *As fases de repouso são mudas, as fases de excitação correspondem ao aparecimento de pulsões*”.

A aceitação de outra alimentação que não o leite materno é um indício dos efeitos da alternância na criança e da sua entrada no campo do Outro cultural. Por outro lado, a aceitação pela criança de outros alimentos que não o líquido a coloca numa atividade ativa, de procura. Do lado da mãe, o não dar o seio, o desmame, significa aceitar-se de novo na incompletude, em contraposição ao sentimento de completude experimentado na amamentação.

Nos termos de Dolto (1988), a aceitação de outros alimentos pela criança (e a possibilidade de a mãe oferecer outros alimentos que não o seio relaciona-se à

castração oral que vem marcar tanto a mãe quanto a criança, interditando-lhe a relação corpo a corpo com a criança. A mãe precisa aceitar que não tem mais o domínio sobre a boca do seu filho: o desmame inicia um período em que qualquer pessoa que não seja a mãe pode alimentar a criança. Do lado da criança, esse momento propicia-lhe começar a experimentar e aceitar outras trocas, começar a deslocar e a diversificar as suas experiências de prazer: pode começa a descobrir o prazer do investimento da sua cavidade bucal, descobrir o prazer do doce-salgado, mole-duro, gelado-quente etc.

Concomitantemente, segundo Dolto (1988), o morder é expressão da pulsão agressiva. Por isso, é necessário oferecer-lhe objetos -- e os alimentos exercem a função de objeto -- para que a criança possa morder e chupar sem perigo e sem provocar as interdições e repreensões do adulto. Senão a agressividade será associada à punição e à frustração, o que pode levar, segundo a autora, a uma necessidade de autopunição.

Indicador:

18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.

O estranhamento é resultado do processo de simbolização da mãe (ou da função materna) que possibilita o advento da mãe real para o bebê: é quando o bebê reconhece a importância do seu cuidador primordial. Esse indicador já tinha sido proposto por Spitz (1965) como um organizador psíquico.

Spitz (1965), ao apresentar as suas pesquisas sobre o primeiro ano de vida, propôs dois organizadores psíquicos: o sorriso e a ansiedade dos oito meses. Para o autor, esses dois organizadores indicam a consolidação do objeto libidinal e têm no olhar sua base de sustentação. Num primeiro momento, a resposta do bebê à face humana indica que a apresentação da face humana é um agente desencadeador de memória. Num segundo momento, a fixação na face da mãe passa a ter um lugar diferenciado entre outras faces humanas e consolida-se a construção de objeto para o bebê. (SPITZ, 1965¹⁵ *apud* MARIOTTO, 2009).

O estranhamento do bebê – ele chorar ao ser confrontado por outros que não a mãe – indica que quer se afastar daquele que nada mais faz que aludir à ausência

¹⁵ SPITZ, R. (1965). O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

da sua figura de apego maior, a mãe. A pessoa estranha é aquela que também não possibilita que o bebê se reconheça. O não estranhamento consiste numa falha da relação objetal: a mãe não adquiriu uma consistência real para o bebê e este não pôde simbolizá-la.

Indicadores:

19. A criança possui objetos prediletos.

Esse indicador apóia-se na concepção winnicottiana de objeto transicional (WINNICOTT, 1951/2000) que representa a mãe para à criança e permite sua circulação no mundo com a segurança de portar o objeto materno interiorizado. Ou seja, a criança tem a capacidade de substituir a presença dos outros pela representação. O conceito de objeto ou fenômeno transicional (o autor não faz distinção entre os termos objeto e fenômeno uma vez que considera como importante não o objeto em si, mas o uso que a criança faz dele) refere-se a uma área ou espaço intermediário (nem dentro e nem fora) formado pela intersecção entre o que o bebê concebe e o que a mãe fornece. Winnicott denomina-o também de “área de experimentação”. A área ou fenômeno transicional representa os primeiros estágios de uso da ilusão pelo bebê ou da criação que posteriormente se desdobrará na área do brincar.

Lacan (1956-57/1995 e 1960) dialoga com essa concepção winnicottiana para elaborar o conceito de *objeto a*. Esse conceito introduz a noção da falta na relação mãe-criança. Para Winnicott (1951/2000), a função do transicional seria simbolizar a falta materna; para Lacan, o *objeto a* seria aquilo que nomeia uma falta que não pode ser representada.

Indicadores:

9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.

No Seminário XI, Lacan (1957-58) afirma que os objetos podem desaparecer e que é a nomeação que faz com que eles perdurem, além da satisfação da necessidade e possam ser reconhecidos. Essa atividade que está na origem da linguagem, também é a atividade da pulsão. E a pulsão introduz as palavras e a gramática para a criança. Mas as palavras só preenchem a função de fazer perdurar o objeto perdido quando reenviam uma experiência sensorial que foi acompanhada por palavras. É o que nos diz também Dolto (1984/1992) em *A imagem inconsciente do corpo*: as palavras com as quais pensamos e falamos são as que acompanharam a imagem do corpo no contato com o Outro. A palavra serve para fazer voltar o Outro ausente.

Para Pommier (1998) é a aspiração pela ausência de ser que impele o sujeito a querer falar e a procurar encontrar seu ser graças ao amor e à presença do Outro. Então, o sujeito procura suprir a ausência de ser pelo amor do Outro, e a linguagem seria apenas uma maneira de pedir o amor do Outro, também, de fazer durar a presença do Outro e de substituir o objeto. São as palavras que nos permitem suportar a perda. A linguagem é também uma atividade que só surge na intersubjetividade, e nesse processo os dois parceiros implicados se confundem, se põem no lugar do outro, transitivam, se reúnem e se separam – compartilham uma linguagem particular.

Esses dois indicadores são desdobramentos do “manhês” e do “paiês”. No início, o “manhês” e “paiês”, sustentados no eixo suposição do sujeito, implicam na captura do bebê ao Outro. Nesse momento, com a incidência da demanda e da alternância, inscreve-se relação com o Outro no campo próprio da linguagem e o trabalho de uma apropriação singular desse campo pelo sujeito.

As palavras precisam estar associadas aos processos inconscientes de pensamento no próprio sujeito para que este venha a utilizar a linguagem de uma forma singular (por exemplo, para poder falar de si). Quando há uma fala ecológica pode-se pensar que a criança está repetindo o discurso do outros sem nenhuma inversão, sem uma apropriação singular da linguagem (LAZNIK, 2004). Do ponto de vista freudiano, pode-se falar de uma falha na representação das coisas, que é própria do inconsciente.

Esses dois indicadores são como uma ilustração, um fragmento dessa construção. No primeiro momento, o Outro engata, captura o bebê e o insere no universo da linguagem (“manhês” e “paiês”). No segundo momento, o bebê

começa a sair de sua passividade e de reação corporal simultânea à voz da mãe e começa a fazer sons mais aperfeiçoados que o grito, tais como a lalação e o gorjear, procurando alucinar a voz da mãe quando esta se afasta. Esses sons são, primeiramente, pura música e melodia. Quando está sozinho no berço, o bebê presentifica a mãe com esses sons. Dolto (1984/1992) afirma que é tão precoce esse desejo de ouvir de novo a voz da mãe que muito rapidamente (entre quatro e seis meses) a criança se torna incapaz de pronunciar os fonemas que não pertencem à sua língua materna. Lacan (1962-63) fala do puro jogo da palavra no lugar do Outro no seminário sobre a angústia, que seria o monólogo do lactente que não tem função de comunicação, mas de jogo constituinte da voz e do sujeito. No terceiro momento, o Outro vai recortando essas pequenas frases, organizando caminhos possíveis a serem percorridos nesse enorme universo linguístico. As palavras compartilhadas articulam a representação à pulsão, ou, para usar um termo freudiano, o traço mnêmico é investido libidinalmente. Seria o que Freud (1896) denominou, na Carta 52 a Fliess de organização de representações entre si.

Vorcaro (2002) acrescenta que a entonação singular, marcada na fala da criança, pode ser considerada “[...] resíduos de inscrição da linguagem maternante [...]” (p. 79). A música inerente à fala é o que veicula um apelo pela entonação. A hipótese da autora é que resta, no sujeito falante, um resíduo da linguagem maternante dada pela entonação, que ela prefere chamar de *andamento*, no qual “o registro do compasso materno se imprime no organismo da criança” (p. 80).

Indicador:

11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.

O indicador do olhar da criança em direção ao que a mãe olha aponta para a instalação do circuito do desejo ou ao que Laznik (2004) denominou de estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional.

O evitamento sensorial ativo constitui uma manifestação clínica indicativa de que o funcionamento pulsional do bebê não está articulado com as demandas dos pais e é indicativo de um não-lugar simbólico para o bebê.

Stern (1992) chama de “atenção compartilhada” a mudança observada no bebê, por volta dos nove meses, e que é demonstrada quando o bebê olha para o alvo que apontamos.

Eixo 4 - Instalação da função paterna (FP)

No eixo “função paterna” (FP), busca-se acompanhar os efeitos na criança dessa função, que baliza as ações maternas. Entende-se que a função paterna ocupa, para a dupla mãe-bebê, o lugar de terceira instância, orientada pela dimensão social. Uma mãe que está submetida à função paterna leva em conta, em sua relação com o bebê, os parâmetros que a cultura lhe propõe para orientar essa relação, uma vez que a função paterna é a encarregada de transmitir esses parâmetros. O exercício da função paterna sobre o par mãe-bebê poderá ter como efeito uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como um “objeto” voltado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função a singularização do filho e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas. (KUPFER et al., 2009, p. 54).

A constituição do bebê como sujeito depende das operações sustentadas pelo agente materno (suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância e inscrição da função paterna – alteridade) e, também da passagem do tempo necessária para que os efeitos dessas operações venham a se inscrever no bebê. Esses efeitos dizem respeito à inscrição dos diferentes momentos lógicos de sua constituição pela incorporação simbólica, pela posição infantil e pelo complexo de Édipo (INFANTE, 1997; JERUSALINSKY, 2002; BERNARDINO, 2006).

As operações sustentadas pela função materna são fundamentais porque instalam o movimento de uma “pulsção” constante que possibilita as emergências do sujeito: pulsção ou movimento de carne para organismo, de organismo para corpo, de sensação para percepção, de letra para palavra, de prazer para desprazer. Por sua vez, as operações sustentadas pela função paterna trazem certa estabilização psíquica advinda do trabalho de *enodamento* (KUPFER e BERNARDINO, 2009; MARIOTTO, 2009) e possibilitam que o sujeito tenha uma existência simbólica própria: sexuação, filiação e identificação se ordenam através da função paterna, estabelecendo as coordenadas simbólicas da vida de um bebê (JERUSALINSKY, 2002; BERNARDINO, 2006).

Na teoria winnicottiana também há a definição de um momento para o pai assumir um papel específico uma vez que o relacionamento precoce mãe-bebê é definido como entre “dois corpos” e pertence aos estágios primitivos da história do indivíduo. O pai entra no momento em que há um projeto de integração, em que

esse indivíduo-bebê vai se tornar uma unidade. Entretanto, pode-se pensar que para Winnicott (1956/2000), o próprio conceito de mãe suficientemente boa já implica a entrada do pai, aquele que torna a mãe “não completamente” devotada a seu filho. Se isso ocorresse, a mãe não proporcionaria espaço transicional para a criança.

Winnicott (1965/1985) diz que há algumas maneiras em que o pai é valioso. A primeira é o pai ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito. A segunda é o pai dar à mãe apoio moral, sustentar a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança. Há ainda uma terceira maneira de o pai ser valioso que é por sua singularidade, pelas coisas que o distinguem dos outros homens.

A operação da função paterna está, desde o início, contemplada no laço mãe-bebê se a castração estiver inscrita na estrutura em que a mãe toma o bebê. Pode-se dizer que, nesses casos, desde o início se tem o laço mãe-falo-bebê (JERUSALINSKY, 2002). É o que Lacan denomina lógica da carência, presente desde o início da relação mãe-bebê. Segundo o autor, a vida psíquica é marcada, muito cedo, pela perda e pela busca do objeto perdido. Ou seja, alguma coisa sempre falta ao bebê, há um lugar vazio, e ele o preenche identificando-se imaginariamente com o objeto que se supõe faltar à mãe, que é o falo (LACAN, 1956-57).

A operação da função paterna está, desde o início, contemplada no laço mãe-bebê se a castração estiver inscrita na estrutura em que a mãe toma o bebê. Pode-se dizer que, nesses casos, desde o início se tem o laço mãe-falo-bebê (JERUSALINSKY, 2002). É o que Lacan denomina lógica da carência, presente desde o início da relação mãe-bebê. Segundo o autor, a vida psíquica é marcada, muito cedo, pela perda e pela busca do objeto perdido. Ou seja, alguma coisa sempre falta ao bebê, há um lugar vazio, e ele o preenche identificando-se imaginariamente com o objeto que se supõe faltar à mãe, que é o falo (LACAN, 1956-57/1995).

Entretanto, o Outro do bebê também precisa ser capaz de oferecer-lhe, como contrapartida aos cortes que ele mesmo introduziu, o que é denominado, segundo A. Jerusalinsky (2008), de formações fálicas: essas marcas tornam-se pontos de referência para a criança (e posteriormente para o adulto), pontos de referência de filiação, pontos de referência que se articulam sob a condição de Nomes-do-Pai, lugares de incidência do Outro enquanto discurso, lugares de amarração entre o real, o simbólico e o imaginário, como já foi explicitado na parte teórica sobre a noção de sujeito.

Nesse percurso, pode-se dizer, conforme Lacan (1964), que a alienação é uma condição imposta ao sujeito ou, no máximo, uma escolha forçada – a linguagem é parte estrutural da sociedade humana e o bebê também não tem como evitar o lugar de Outro: “[...] O sujeito está condenado a só se ver surgir *in initio*, no campo do Outro [...]” (p. 205).

A partir dessas formulações, compreende-se que todo bebê ou criança pequena está inserido no universo da linguagem, mergulhado na cultura que lhe é apresentada pelo Outro. Um bebê será sempre, portanto, um ser de linguagem. Mas o modo como o sujeito se apropria dessa linguagem implica uma escolha. Segundo Soler (1997), a alienação é o destino, e a separação requer que o sujeito “queira” se separar da cadeia significativa.

O confronto com a função paterna insere a criança na problemática edípica.

Compreendendo a função paterna como um operador psíquico, os indicadores selecionados para sua apreensão, pelo momento lógico e cronológico em que a criança se encontra, estão articulados tanto ao valor da palavra do pai para a mãe, como um proibidor para essa relação mãe-criança (ou criança como objeto de desejo da mãe), quanto ao valor da própria função paterna que faz com que o desejo materno não seja descontrolado, mas sim um desejo que dependa de alguma outra coisa.

Assim compreendida, a função paterna será apreendida por meio da mãe, também como função, concebida, para utilizar um termo de Dor (1991), como sua primeira embaixadora.

Indicador:

23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.

Esse indicador é a tradução do que Lacan (1957-58; 1956-57) expôs nos *seminários IV e V*, em que a mãe, estando ou não presente, instaura uma hiância entre ela e a criança. A ausência (ou a falta materna) indica para a criança que há um desejo outro para a mãe que não a criança. Abre-se espaço para a incerteza psíquica da criança: antes, ela tinha certeza de que era o objeto de desejo da mãe. Dessa forma, a alternância materna situa para a criança um enigma em relação ao desejo materno, que, por sua vez, possibilita a dialetização da posição da criança.

A mãe, ao alternar os momentos de dedicação à criança com outros interesses, atua como o que Winnicott (1956/2000) denomina “mãe suficientemente boa”: uma mãe que não é nem ausente – que significaria não investir na criança como objeto do seu desejo – nem excessiva, aquela cujo único desejo é a criança. É aquela que *apresenta o mundo em pequenas doses* à criança.

Os outros interesses maternos, que não a criança, apontam para a incidência da segunda operação importante para a constituição psíquica da criança: a separação. É preciso que o desejo da mãe seja interditado, seja barrado, para que a criança não fique aprisionada a responder como objeto da mãe. Se a criança representa o objeto que satura o desejo da mãe, não haverá lugar para que uma interrogação pelo desejo seja formulada. É a incidência da função paterna que barra o desejo materno, produz um corte nesse desejo e possibilita a existência de pelo menos dois lugares, em vez de um, para a criança. Articulando Lacan a Winnicott: para uma mãe ser “suficientemente boa”, é fundamental que ela não se desvie de desejar enquanto mulher.

Para a criança constituir-se como sujeito não basta ela ter apenas um pai e uma mãe. É necessário que haja também um homem e uma mulher.

Em outras palavras, primeiro é necessário haver o encontro entre um homem e uma mulher para que um bebê possa existir – e esse indicador retoma o desejo da mãe como mulher – e depois eles se tornarem também o pai e a mãe, fundando a família e a parentalidade, e não o inverso, como alerta Julien (2000).

Indicadores:

24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.

Esse indicador representa os efeitos da alternância materna para a criança: a ausência materna é o que oferece a condição da inserção da criança no campo simbólico, porque a simbolização implica lidar com a presença na ausência e deixar de lidar com a ausência do objeto como desaparecimento (FARIA, 2003). Esse indicador revela que o Outro, inicialmente representado pela mãe, começa a existir simbolicamente para a criança. No entanto, sua presença simbólica ainda não está consolidada, daí a necessidade de a criança certificar-se da presença concreta da mãe, depois de um certo tempo de ausência.

Indicadores:

25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.

A dificuldade da mãe em separar a criança de seu corpo demonstra o prazer em manter a criança como um objeto que a satisfaz e, portanto, a falha na instalação da função paterna, ou de separação (e o risco de a criança se estruturar no campo da psicose). Essa falha decorre da não sustentação, pela mãe, de uma interdição simbólica no funcionamento das funções da criança. Assim como a mãe precisa erogenizar o funcionamento do corpo do bebê, ela também precisa interditar esse funcionamento situando uma borda que limite os excessos do transbordamento funcional.

Essa dosagem da erogenização só é possível se houver a mediatização do interdito entre o corpo materno e o corpo do bebê. Se a interdição se dá, a criança pode entrar na língua do desejo, como alerta Vorcaro (2002).

Dor (1991a) esclarece que o investimento na criança pela mãe antes do nascimento é um fator importante para a definição de seu lugar perante essa mãe. Na maioria das vezes, a mãe investe fantasiosamente no futuro bebê como um ser destacável dela, como um ser imaginariamente representado independentemente da existência da mãe. Mas em alguns casos ela investe no futuro bebê como dependente de seu corpo, e nessas condições “a separação da criança é antecipadamente intolerável” (p.108).

O trabalho de luto que a mãe faz após o nascimento do bebê só é possível se ela tiver investido imaginariamente nesse futuro bebê como um ser independente. Nos casos em que a mãe não consegue fazer esse investimento, o trabalho de luto fica gravemente comprometido, e para neutralizar a perda ela vai instituir uma relação fusional com seu filho que não dará lugar a nenhuma intercessão mediadora (DOR, 1991a). Segundo o autor: “[...] Sobre o fundo de uma captura tão decisiva a função paterna é destituída antecipadamente, na medida em que a relação fusional mãe/criança neutraliza toda a sua possibilidade de inserção [...]” (p.110). Esse indicador faz alusão a esse processo de investimento e ao posterior luto e separação da mãe da criança.

A importância da separação do corpo da mãe advém da clínica com crianças gravemente comprometidas: psicóticas, autistas e mesmo deficientes. Conforme dizem Bruder e Brauer (2007): “‘Colagem’ não é um conceito lacaniano, mas, antes, um termo que surgiu do próprio trabalho, ao se notar que aparecia um paralelismo significativo entre o que fazia a criança em sua sessão e o que dizia a mãe, no seu próprio atendimento” (p. 514). A colagem está relacionada à posição de objeto em que a criança é colocada pela mãe no seu discurso e o lugar que o seu sintoma ocupa na estrutura familiar, conforme Lacan (1969/2003) desenvolve no texto *Duas notas sobre a criança*.

Indicador:

26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.

A impossibilidade de uma resposta do Outro materno (a mãe não satisfazer totalmente a criança) aponta para a sua divisão (a mãe se apresenta à criança como “faltante”, para utilizar uma terminologia lacaniana). Por outro lado, a distância materna, não responder a tudo e com tudo, possibilita as produções de um sujeito pela criança.

O fato de a mãe não mais se sentir obrigada a satisfazer a tudo que a criança pede mostra que a incondicionalidade de seu amor é posta em questão e está assujeitada a uma exterioridade que condiciona sua relação com a criança.

A função paterna é ordenadora do desejo materno. Assim, indica nesse caso (indicador) a quebra da posição fálica da criança – instala-se uma hiância, um descompasso entre o que a criança quer e o que a mãe deseja. Estamos diante da função de ordenação do pai, segundo Lacan (1960/1998), “[...] a verdadeira função do pai é unir (e não opor) um desejo à lei [...]” (p. 839).

Esse indicador pode ser “traduzido” para: a mãe percebe que a criança já faz manhã. Segundo Dolto (1988), a angústia de castração sentida pela criança faz com que ela, como defesa, realize deslocamentos regressivos da libido para as fases anteriores. “Haverá enurese, apetite caprichoso, gulodice, tiques que obriguem o adulto a apiedar-se da criança e a cuidar dela. O fim justiça os meios.” (p. 90). O fim é possuir, ter o adulto só para si novamente.

Indicador:

27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.

Esse indicador é a ilustração do momento edípico descrito por Lacan (1956), no qual a criança “[...] chega a assumir de modo mais ou menos simbolizado que ela mesma está desprovida de algo que exige da mãe, apercebendo-se que não é ela que é amada, mas alguma coisa que é uma imagem [...]” (p. 37-38). É a articulação da construção da imagem corporal, do desejo e da função paterna. Como já enfatizado, inicialmente a criança identifica-se com a imagem que o Outro lhe oferece, e essa identificação é estruturante, porque antecipa, no nível imaginário, a unidade do corpo ou, ainda, a unidade do “eu” que no nível real se encontra numa vivência de imaturidade e de dispersão. Ressalta-se aqui a diferença com a teoria de Dolto, para a qual nessa fase o bebê não tem uma vivência de corpo disperso. No segundo momento, a criança toma a imagem refletida no espelho como a imagem de um Outro semelhante (como a imagem de outra criança). No terceiro momento, a criança identifica-se com a sua própria imagem e essa experiência é fonte de júbilo, de prazer para a criança e na relação da criança com a mãe (que também se encanta com a imagem de seu filho). Nesse momento, novamente, Dolto distancia-se de Lacan, uma vez que para ela a identificação da criança com sua imagem no espelho é a prova dolorosa de uma castração: a criança constata que há uma distância que a separa de sua imagem. A criança constata que ela não é a imagem que o espelho lhe devolve (DOLTO e NASIO, 2008).

Destaca-se também os efeitos da operação da função paterna nesse jogo de olhares no qual a mãe anuncia à criança que tem “olhos” para outras coisas, ou seja, a mãe deseja outras coisas – a mãe vê outra coisa que não só a criança - este movimento (desejante) materno é necessário para a criança perceber que não é e nem tem o que a mãe deseja. Efetiva-se a presença de um terceiro na relação mãe/bebê, operando a função paterna.

Indicador:

28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.

Para os autores psicanalistas, a principal diferença entre a criança e o adulto é a sua maneira de lidar com a castração: sua maneira de lidar com os impasses advindos do real e sua inserção no universo do desejo. Ou, ainda, sua maneira de lidar com a angústia de castração provocada pelo mau encontro com o Outro – confronto com a falta.

A diferença entre a criança e o adulto é, portanto, a sua possibilidade (ou impossibilidade) em lidar com o sexual (com a relação sexual).

Esse indicador remete ao momento da incidência da função paterna que organiza a identidade sexual. A descoberta freudiana desvendou o fato de que, do ponto de vista do inconsciente, não existe o masculino nem o feminino. A função paterna, ou, mais especificamente, o objeto fálico (na teoria lacaniana), seria aquela em torno da qual se dá a organização sexual, ou a estruturação do sujeito se dá em referência ao falo (e a castração).

Nesse momento, descrito por esse indicador, a criança se identifica ora com o que vem da mãe (feminino), ora com o que vem do pai (masculino). Esse movimento identificatório só é possível porque a criança já observou que o pai (como função) constitui um obstáculo à sua relação junto à mãe.

Dolto (1988) também destaca a identificação e a projeção como mecanismos importantes para a criança lidar com a ambivalência dos seus sentimentos: a projeção dos seus sentimentos em objetos é uma forma de conseguir lidar e elaborar os seus sentimentos agressivos em relação a esses adultos que também são fonte de amor. A autora acrescenta ser essa a época em que as crianças têm medo de animais temidos (p. 39).

Indicadores:

29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.

No pedido de nomeação da mãe percebe-se que ela interroga mais seu filho e não se encontra mais no seu “afã interpretativo”. A mãe também não se contenta com as pequenas produções da criança, como “ã”, “hum” ou o gesto de apontar. A mãe começa a confrontar o filho com as leis da linguagem em que cada coisa tem seu representante na língua. Ela vai mostrando que não podemos utilizar os sons de

forma arbitrária. A mãe introduz a criança no pacto que constitui a nomeação, que faz com que dois sujeitos, ao mesmo tempo, concordem em reconhecer o mesmo objeto. Lacan nos diz, no Seminário II (1955/1985), que, se os sujeitos não se entendem sobre esse reconhecimento, não há mundo que se possa manter. É a abertura para a significação fálica, ele acrescenta.

Ainda segundo Lacan (1948 e 1964) quando a dimensão do sentido sobrevém é porque houve a divisão originária, a *Spaltung*, que faz advir o sujeito. Somente um sujeito pode compreender um sentido.

Indicador:

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

As pequenas regras colocadas à criança pelos pais as introduzem nesse universo ordenado e pactuado por acordos estabelecidos entre as gerações que a antecedeu, denominado cultura. Nesse momento, é possível falar de um sujeito do desejo e da cultura.

Indicador:

31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.

Esse indicador aponta para uma estruturação da noção de Outro para a criança. Ou é o indício do surgimento do “e”: sujeito e outro. A possibilidade dos dois termos permite que o sujeito saia da alienação, se separe.

O estágio do espelho e a função paterna estão imbricados. No primeiro momento do estágio do espelho, há uma confusão entre o si mesmo (da criança) e o Outro, o que evidencia o assujeitamento da criança ao registro do imaginário. No segundo momento, etapa decisiva no processo identificatório, a criança distingue a imagem do Outro da realidade do Outro. O terceiro momento, dialetiza as duas etapas anteriores: a criança reconhece-se através da sua imagem e se identifica com essa imagem imaginária.

Dor (1991b) salienta que, ao sair da fase identificatória do estágio do espelho, a criança ainda está numa relação de indistinção fusional, facilitada pela proximidade das trocas, dos cuidados diários com a mãe, e suscitada pela posição de “[...] identificar-se com o que supõe ser o objeto de seu desejo [...]” (p. 81). Dessa forma, nesse momento identificatório imaginário do estágio do espelho a criança também vive (está alienada) a problemática fálica. Citando o autor:

Com efeito, só existe relação fusional com a mãe na medida em que nenhum elemento terceiro parece mediatizar a identificação fálica da criança com a mãe. Mas, inversamente, o que atesta o caráter radicalmente imaginário desta convicção é a própria natureza do objeto fálico com o qual a criança se identifica. De forma que, por mais que a instância mediadora (o Pai) seja aqui considerada estranha à relação mãe-criança, é a própria dimensão da identificação fálica da criança nessa relação que a pressupõe (DOR, 1991b, p. 81).

No segundo momento do Édipo, a criança vai em direção ao que interessa à mãe. Segundo Lacan (1957-1958/2003):

[...] onde alguma coisa que desenlaça o sujeito de sua identificação o enlaça ao mesmo tempo à primeira aparição da lei sob a forma deste fato, que aí a mãe é dependente, dependente de um objeto, de um objeto que não mais simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que Outro tem ou não tem (p. 199).

Esse segundo momento é possível quando a criança estabelece uma associação (simbólica) entre a ausência materna e a presença paterna.

O terceiro momento culmina na simbolização do pai – ele é aquele que tem o falo¹⁶ (mas não é o falo).

Essa dialética fálica associa-se ao jogo das identificações: o menino identifica-se com aquele que supostamente tem o falo; a menina identifica-se com quem não tem o falo, mas sabe onde encontrá-lo (DOR, 1991b).

Além disso, o acesso ao simbólico permite à criança se manifestar como sujeito a partir do momento em que é ela quem designa o que é *seu* e, como ilustra o indicador, tem claro o que é da mãe (da ordem materna) e o que é do Pai.

¹⁶ A noção de falo é central na teoria psicanalítica. Há uma história desse conceito e uma série de abordagens. O que é destacado neste trecho é a articulação entre o significante falo e a função paterna, fundadora da lei. Destaca-se da sua definição: “Ele é o ponto em que se articulam as diferenças na relação com o corpo, com o objeto e com a linguagem” (CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. Dicionário de Psicanálise. São Leopoldo: UNISINOS, 2007, p. 143).

3.4 O IRDI: Uma Expressão do Encontro com o Outro

Na Pesquisa IRDI, optou-se por apresentar, teoricamente, os quatro eixos que fundamentam a construção dos indicadores. Durante o desenvolvimento da pesquisa e após sua finalização, verificou-se a pertinência em realizar o aprofundamento teórico de cada um dos indicadores, posto que agora eles passam a “ter vida própria” porque estão validados para uso pediátrico.

Além disso, acompanha-se o uso do IRDI também por pesquisadores das áreas da psicologia e da psicanálise que enfrentam no seu fazer o confronto com outras áreas, principalmente com a médica. Para esses, o aprofundamento teórico dos indicadores também é necessário.

Os indicadores foram construídos a partir da noção de sujeito do inconsciente. Eles não tratam, portanto, do sujeito físico, real ou corporal, apesar de considerá-lo: os indicadores partem dessa base material e orgânica. Mas partem também do outro pólo constituinte e constitutivo do sujeito – o Outro, sustentado pelo cuidador.

Os indicadores são algumas expressões dos efeitos desse encontro, aquelas que o Grupo Nacional de Pesquisa considerou suficientes para acompanhar a constituição do sujeito nas consultas pediátricas. Mas não são as únicas – há outras que podem ser colhidas na extensa produção teórico-prática dos psicanalistas que trabalham com a primeira infância. Os indicadores partem de fenômenos que ilustram como o organismo do bebê é tomado pelo Outro Primordial, pelo cuidador como um corpo a ser lido, desvendado e não só manipulado. É a leitura que esse Outro Primordial se põe a fazer do grito do bebê que o insere, de imediato, no universo humano da linguagem. Destaca-se como indicador desse momento a linguagem maternante do “manhês” e do “paiês”, que põe em cena a captura do bebê nesse mundo.

Na sequência, os indicadores apontam o percurso de um bebê que, já capturado e inserido no universo humano do Outro Primordial, tem como destino receber, organizar, recortar e ordenar o que recebe desse Outro. Nesse percurso, acompanhamos como o grito se transforma em apelo e este em demanda; como o organismo se transforma em corpo pulsional; como as zonas corporais de troca com o Outro passam a servir como fontes de satisfação, em estar com os outros. Da condição inicial de capturado, o bebê torna-se capturador do Outro, porque sua vida

não se restringe a comer e dormir. Há outras fontes de prazer no mundo, e ele as procura. Os indicadores destacaram prioritariamente as funções da voz e do olhar na constituição do que se denomina, imagem corporal, que é o substrato, a base, sob o qual podemos dizer que há um sujeito.

As trocas posturais, alimentares, linguísticas, o estabelecimento dos ritmos e as brincadeiras entre a criança e os outros, que são destacadas pelos indicadores, destrincham as duas funções que fundam o sujeito – alienação e separação, atribuição e corte – para, enfim, presenciarmos, do lado da criança, a possibilidade de ela dizer sobre si e o que quer, e, do lado do Outro materno, a constatação de que seu filho pode, graças ao que ela já lhe proporcionou, saber quem é.

Finaliza-se com as afirmações que nortearam a Pesquisa IRDI e valem ser retomadas, neste momento, para justificar a realização dessa fundamentação teórica: o intuito principal dos indicadores era ser um instrumento que possibilite ao pediatra apreender a constituição do sujeito do inconsciente, valorizar o acompanhamento dessa constituição nas suas consultas e detectar precocemente os descompassos na relação entre a mãe e seu bebê.

Para sustentar os fundamentos e as funções dos indicadores, resta, porém, avaliar se, metodologicamente, são consistentes e mantêm sua especificidade teórica.

**4 QUESTÕES METODOLÓGICAS: O LUGAR DA
PSICANÁLISE NA PESQUISA IRDI**

4.1 A Psicanálise e os Métodos de Pesquisa

A Pesquisa IRDI foi uma tentativa de articulação de dois métodos distintos, o experimental e o clínico, como uma estratégia para estabelecer um diálogo entre os campos e os profissionais que trabalham com a primeira infância. Estratégia considerada polêmica dentro do campo ao qual pertencia o grupo de pesquisadores responsável por sua elaboração e desenvolvimento: o psicanalítico. Desde o momento inicial, quando o Ministério da Saúde solicitou ao Grupo de Pesquisadores Psicanalistas (GNP) a realização da pesquisa, passando pelo seu desenho, fundamentação, execução e, posterior análise e publicação, diferentes eixos de diálogos foram estabelecidos: teórico, epistemológico, metodológico, ético e político.

Para o presente trabalho, optou-se por aprofundar os procedimentos metodológicos adotados pela pesquisa IRDI e discutir os seus efeitos para o campo da pesquisa em psicanálise. No final deste trabalho, apresentaremos, à luz da discussão metodológica, alguns diálogos éticos e políticos.

A Pesquisa IRDI propõe a articulação de métodos diferentes. Isso não é comum em pesquisas psicanalíticas. Ao contrário, muitas são as críticas a essa articulação. Em debates públicos realizados depois da apresentação da pesquisa IRDI em alguns congressos, houve quem acusasse a Pesquisa IRDI de proceder a uma experimentação da psicanálise. As críticas partem dessas concepções de pesquisa em psicanálise e afirmam que a Pesquisa IRDI não mantém, no seu desenho metodológico e na sua análise, os princípios básicos da psicanálise, dentre eles, o já mencionado princípio da singularidade e o da sobredeterminação.

Diante dessas críticas, torna-se necessário proceder a uma discussão das bases dessa articulação dos métodos de modo a explicitar as razões e fundamentos teórico-metodológicos que levaram a Pesquisa IRDI a realizar essa articulação.

A seguir, apresentaremos algumas distinções necessárias sobre os métodos utilizados em pesquisas e as justificativas das metodologias adotadas na Pesquisa IRDI para em seguida, ampliarmos a discussão sobre os resultados dessa articulação de métodos.

4.1.1 Método experimental e método clínico

O método refere-se à parte destinada ao procedimento adotado para o tratamento do problema científico (CAMPANA et al., 2001). A utilização de métodos ou metodologias em diversas disciplinas permitiu delimitar a presença de elementos estáveis e repetitivos que fundaram os discursos científico e histórico moderno.

Compreende-se que os métodos privilegiados das ciências da natureza são o experimental-indutivo, que visa a descrições e classificações, e o experimental-dedutivo, que visa a hipóteses.

Na área médica, por exemplo, Claude Bernard (1813-1878) colocou em evidência o papel da pesquisa experimental (ou medicina experimental), que, segundo ele permite a compreensão dos fenômenos da vida animal e, assim, produz aumento do conhecimento (Campana et al., 2001, p. 119).

O aperfeiçoamento e o progresso da investigação na área médica são creditados a alguns itens: a observação clínica, a experimentação – incluindo a experimentação animal –, as ciências básicas e a análise estatística dos dados.

O método experimental é a base da medicina. A experimentação é considerada, pela medicina, como a única maneira de se descobrir os mecanismos das doenças e como curá-las. Segundo Campana (2001):

Embora no passado tenham ocorrido muitos progressos em Medicina baseados apenas na observação cuidadosa e perscrutadora, foi o advento da experimentação sistematizada com animais de várias espécies, inclusive o homem, que resultou na prodigiosa soma de conhecimentos que possibilitou a atual precisão diagnóstica, a adequação terapêutica e sua consequência maior, o alto nível de saúde e expectativa de vida que caracterizam a vida moderna nas regiões mais civilizadas do mundo (p. 3).

Compreende-se que na área médica não há uma separação clara entre método clínico e método experimental, como ocorre nas ciências humanas, por exemplo, na psicologia e na psicanálise. Utiliza-se a terminologia “investigações

clínicas”, em medicina, para a grande maioria dos estudos com seres humanos ou sobre as doenças. Dessa forma, entende-se que há uma conjugação entre o termo experimental, que aparece na denominação investigação, e o termo clínico.

Entretanto, há nas definições uma distinção entre estudo observacional, no qual o pesquisador não atua para não modificar qualquer aspecto que está sendo estudado, e estudo experimental (CAMPANA et al., 2001).

Nessa mesma direção, Fletcher e Fletcher (2006, p. 21) destacam as definições de ciência clínica, em saúde, como aquela que “[...] fornece informações que podem ser usadas no cuidado com pacientes individuais [...]”, e de ciência populacional, como a epidemiologia que é o “[...] estudo da ocorrência de doença em populações humanas [...]”. Além disso, os autores definem epidemiologia clínica como a “[...] ciência que faz predições sobre pacientes individuais utilizando a contagem de eventos clínicos em grupo de pacientes semelhantes e valendo-se de métodos científicos sólidos para garantir que as predições sejam corretas [...]”. Como pode ser percebido, esses autores também utilizam o termo clínico para se referir aos métodos de pesquisa com humanos.

As pesquisas clínicas (em oposição às laboratoriais), na área médica, podem ser:

- a) Estudo seccional ou transversal (*cross sectional*). Estudos em que a causa e o efeito ocorrem simultaneamente.
- b) Estudo com seguimento (estudo de coorte), que espelha a sequência natural dos fatos.
- c) Estudo de casos e de casos-controle. Ambos são longitudinais. O estudo de casos é descritivo, inclui somente os casos e não é controlado. O estudo de caso-controle é controlado e contempla dois grupos, o grupo de casos e o de controles.
- d) Estudo de controle histórico ou estudo antes-e-depois. Trata-se do estudo em que se comparam os efeitos de procedimentos terapêuticos atuais com os efeitos de um tipo de tratamento que ocorreu no passado.
- e) Relato de caso.
- f) Estudo de intervenção em seres humanos. Trata-se de estudos de tratamento de doenças.
 - Ensaio clínico controlado casualizado. “É a investigação preferida quando o objetivo é testar a eficiência do tratamento por drogas, por

um procedimento cirúrgico ou por outro tipo de intervenção” (CAMPANA et al., 2001, p. 136).

- Ensaio clínico cruzado (*crossover*) ou ensaio seqeencial. Delineamento em que um grupo recebe tratamento e o outro um tratamento alternativo. Há um período de repouso e depois se invertem as intervenções nos dois grupos.

g) Revisão e metanálise.

h) Pesquisa qualitativa que:

[...] visa ao estudo de aspectos específicos, particulares, desenvolvido em grupos também específicos, com abordagem bastante ampla e buscando saber como as se pessoas veem e se sentem quando defrontadas com as situações estudadas. (CAMPANA et al., 2001, p. 145)

A metodologia pode ser observacional ou por entrevista.

i) Testes diagnósticos: padrão-ouro.

Confirma-se, a partir dos tipos de pesquisa acima descritos, que na área médica os termos clínico e experimental aparecem entrelaçados quase em conjunto. Só há uma descrição da utilização de métodos não experimentais em pesquisas denominadas qualitativas. Esse tipo de pesquisa ainda não é o mais comum na área médica, mas vem, aos poucos, sendo mais considerado.

Na psicologia, ao contrário da medicina, há uma separação entre método experimental e método clínico.

Segundo Prévost (1988), há duas correntes de psicologia na França: a primeira, denominada psicologia experimental, nasceu da ciência tradicional (Comte e Littré) e utiliza o enquadramento do laboratório para servir ao rigor e ao domínio das variáveis.

A segunda seria a “corrente dinâmica”, que deu origem à psicologia clínica e à psicanálise. Por sua vez, a psicologia clínica francesa tem sua origem na confluência de duas grandes forças na época: a filosofia e a medicina (Aguiar, 2001). Os representantes da primeira corrente seriam Witmer, Janet, Ribot, Dumas e Kraepelin e a segunda linha, Charcot, Liébault, Bernheim e Freud, segundo levantamento realizado por Aguiar (2001).

No fim do século XIX, Wundt anunciava a importância da investigação experimental para abarcar a mente – somente suas extensões físicas, os órgãos dos sentidos e do movimento - como objeto de conhecimento. Wundt era representante

da corrente psicológica denominada introspectiva que sofreu sérias críticas no século XX, como a de Watson, representante da corrente behaviorista, que defendia o estudo do comportamento e não da consciência e a de Köhler, representante da psicologia da gestalt, que defendia que a compreensão dos fenômenos só era possível pelo estudo global e não “molecularizado” (PACHECO FILHO, 2000, p. 22).

O método clínico em psicologia (ou ainda em psicologia clínica) é a modalidade de investigação dos processos anímicos e é oposto ao método experimental. A psicologia clínica pode estar associada à psicanálise, como ocorre nos países europeus, ou dissociada, como nos Estados Unidos.

Nos Estados Unidos, essa dissociação vai aparecendo gradativamente. Inicialmente há também uma aproximação entre a psicologia e a psicanálise realizada por alguns grupos em pesquisas empíricas de orientação psicanalítica, como exemplo, tem-se o papel do Instituto Nacional de Saúde Mental (PACHECO FILHO, 2000). Entretanto, paralelamente, a psicologia do ego também foi se fortalecendo e tomou papel preponderante nesse país. A psicologia do ego, como o nome diz, enfatiza o Ego em oposição ao inconsciente e também atribui um papel preponderante aos processos de adaptação do indivíduo à realidade.

Para Sauret (2003), o aparecimento da pesquisa clínica em psicologia está associada às psicologias do desenvolvimento e da criança caracterizadas pela observação longitudinal de casos individuais. Um exemplo bem conhecido é representado pelas pesquisas de Jean Piaget decorrentes das observações dos seus próprios filhos.

Segundo Aguiar (2001), o método clínico pressupõe duas dimensões próprias da clínica psicanalítica: a *singularidade* do sujeito e a ideia de uma *contemporaneidade* entre pesquisa e tratamento. Considerar a singularidade do sujeito ou do indivíduo é a marca da psicologia clínica. Esse princípio de singularidade se opõe à ideia de uma lei.

Observa-se que, como ocorre na área médica, há um conflito, nos textos e nas ideias dos autores, entre ciência e método. Isso porque alguns autores definem o método a partir da definição de cientista (ou de ciência) e outros definem o cientista (ou a ciência) a partir do método (como Popper).

4.1.2 Método quantitativo e método qualitativo

A pesquisa qualitativa é oriunda das ciências humanas, e não das ciências naturais. Considera-se a antropologia pioneira na utilização da metodologia qualitativa com Malinowski (TURATO, 2005). Anteriormente, porém, segundo o autor, pesquisadores da área da saúde, Marx e Freud contribuíram para a cientificidade das ciências humanas, “nas quais se encontra o lócus da construção metodológica da pesquisa qualitativa” (p. 508).

As pesquisas qualitativas ganharam força com a área social: na sociologia com Weber e Durkheim, por exemplo; na psicologia social com Kurt Lewin e na educação com Mead, Garfinkel e Goffman, entre outros (TRIVIÑOS, 2001).

A pesquisa qualitativa, ou os métodos qualitativos, em saúde, pode ser utilizada com o objetivo de “explorar, interpretar ou obter uma compreensão mais profunda de um problema clínico particular” (Greenhalgh; Taylor, 1997 Apud TURATO, 2005). Ou ainda, segundo definição de Turato (2005): “[...] não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.” (p. 509). O alvo dos pesquisadores que utilizam o método qualitativo é o significado dos fenômenos. A ênfase no significado está na definição de vários pesquisadores sobre o que seria a pesquisa qualitativa (Denzin; Lincoln, 1994; Bogdan; Biklen, 1998; Minayo, 2004 Apud TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa utilizada por pesquisadores das ciências da natureza difere da dos pesquisadores das ciências humanas e de saúde porque tem como objetivo estudar em “[...] profundidade um fenômeno particular da natureza por meio de técnicas de experimentação [...]” (TURATO, 2005, p. 510).

Turato (2005) diz que há também um refinamento do método qualitativo que seria o método clínico-qualitativo voltado para os *setting* de vivências de saúde ou a interpretação dos significados psicológicos e socioculturais trazidos pelos indivíduos sobre os fenômenos de saúde e de doença. Nas pesquisas que utilizam esse método, segundo o autor é preciso utilizar referenciais teóricos interdisciplinares e atitude existencialista, clínica e psicanalítica.

Esse autor nos fornece uma comparação entre as características dos métodos quantitativos e qualitativos aplicados ao campo da saúde. Das características levantadas, destacamos que o método quantitativo busca a explicação do

comportamento das coisas – seu objeto são os fatos e seu objetivo é o estabelecimento matemático das relações de causa e efeito. Já o método qualitativo busca a compreensão dinâmica do ser humano – seu objeto são os fenômenos e seu objetivo é a interpretação das relações de significado dos fenômenos. A força do método quantitativo está na confiabilidade e na reprodutibilidade dos resultados; a do método qualitativo está na validade dos achados.

As pesquisas quantitativas utilizam experimentação e *surveys* com instrumentos como questionários fechados, escalas, classificações nosográficas, exames e dados randomizados. As pesquisas com métodos qualitativos utilizam o próprio pesquisador como instrumento e também entrevistas semidirigidas, observação livre, testes projetivos e entrevistas em profundidade. Nas pesquisas quantitativas a definição estatística e prévia do tamanho da amostra, o N, é indispensável e randomizada. Nas pesquisas qualitativas a amostra é intencional, composta de indivíduos que vivenciam o problema em foco, pois não há preocupação com o tamanho, ou seja, com o N. Nas pesquisas quantitativas o tratamento dos dados ocorre por meio de técnicas bioestatísticas e estabelecimento de correlações entre os resultados. Nas pesquisas qualitativas a análise dos dados é realizada por meio de técnicas como estudo de conteúdo, relevância teórica, entre outras, e o alvo é a interpretação dos dados.

De forma geral, a pesquisa qualitativa trabalha com os sujeitos individuais, levando em consideração o contexto em que vivem. Por isso, os instrumentos empregados visam a colocar o acento nas perspectivas individuais dos sujeitos investigados e também a recolher os aspectos básicos do contexto mais amplo representado pelos sujeitos.

4.1.3 O método psicanalítico

O método psicanalítico difere do método clínico. Alguns psicanalistas não incluem a psicanálise no âmbito da psicologia.

Para Freud (1912/1976), o termo psicanálise é definido em três níveis: pelo método de investigação do inconsciente, pelo método psicoterápico na transferência e pelo conjunto da teoria.

O método psicanalítico de investigação dos processos psíquicos se dá por meio de técnicas como a associação livre, a escuta flutuante e a transferência que se dá no consultório (SAURET, 2003).

Costa Pereira e Laznik (2008) concordam que desde Freud, em a *Interpretação dos Sonhos*, há uma tentativa de denominar a psicanálise como um método singular. Estaria vinculada à palavra método uma aposta freudiana na previsibilidade e na interpretabilidade dos sonhos e, à palavra singular o que ele vai chamar de “umbigo dos sonhos”, ou seja, o fracasso de uma tradução integral dos sonhos, algo da ordem do esquecimento, do “não-reconhecido”. Posteriormente, será o que Lacan vai utilizar para falar novamente daquilo que constitui o núcleo e a organização do inconsciente.

Lacan (1966-67/2003) entende que a psicanálise pode ser aplicada no sentido próprio apenas como tratamento, ou seja, aplicada a um sujeito que fala e que ouve. Assim, não há modo lacaniano de fazer experimentos ou praticar a observação, porque por esses meios não se encontra o sujeito, e sim porcentagens. Para Lacan então, o método psicanalítico é aquele que dá a palavra ao sujeito, leva em conta o efeito de falta introduzido pela linguagem e permite que essa falta fundamentalmente inconsciente seja mantida. O método psicanalítico é constituído pela verbalização (pela palavra), pela escuta, pela transferência e pela intervenção.

Aguiar (2001) sustenta que a psicanálise é uma ciência aplicada. Em primeiro lugar porque a sua prática clínica ou terapêutica é em si mesma uma forma de investigação. Em segundo lugar, porque ela se define pelo seu método próprio, o método psicanalítico. O método psicanalítico seria aquele em que o saber clínico é obtido unicamente pela via da transferência, na escuta do paciente em sua condição de *sujeito do inconsciente* e portador de uma *realidade psíquica* singular. O autor, baseado em Lacan, enfatiza que a pesquisa em psicanálise só é possível se manter o enodamento dos três registros descritos acima: o método de investigação, o método de tratamento ou psicoterápico e a teoria.

Mezan (1994) acrescenta que há também, no método psicanalítico, um trabalho de pensamento por parte do analista realizado depois e a partir da prática, da situação analítica. Esse “procedimento” teria como finalidade a determinação de quais processos – mecanismos psíquicos – estiveram em jogo para a produção dos fenômenos que surgiram na cena analítica.

Encontramos também alguns outros métodos considerados pertinentes ao campo da psicanálise, como a *apresentação clínica*, na qual um sujeito consente em falar com um psicanalista diante de um público (SAURET, 2003, p. 97), e o *relato de caso* (KUPFER; ZANETTI, 2008), que se refere aos desdobramentos de uma análise e seu acompanhamento pelo analista.

O relato de caso ou estudo de caso é uma metodologia comumente utilizada em pesquisas psicanalíticas. As autoras destacam que essa metodologia, já utilizada por Freud, é o que fundamenta a construção teórica da psicanálise. A partir do relato do caso, tem-se um texto já recortado pelo analista e que traz uma interrogação, um enigma.

Vorcaro (2008) contribui com Kupfer e Zanetti (2008) ao acrescentar que o relato de caso, que ela define como a transposição da experiência para o escrito, foi uma modalidade de sistematização única, pertinente à ciência, inventada por Freud para manter a perspectiva universalizante e, ao mesmo tempo, acolher o acidente da singularidade. Por outro lado, a escassez de recomendações técnicas sobre esse método é uma ferramenta para impedir o risco de reduzi-lo à técnica.

Recorrendo a Nasio (2001), Kupfer e Zanetti (2008) destacam que um caso exerce três funções: didática, metafórica e heurística:

É essa a função didática do caso: transmitir a psicanálise por intermédio da imagem, ou mais exatamente, por intermédio da disposição em imagens de uma situação clínica que favorece a empatia do leitor e o introduz sutilmente no universo abstrato dos conceitos (NASIO, 2001, p.12 *apud* KUPFER; ZANETTI, 2008).

O relato de caso pode também ser gerador de conceitos que enriquecem a teoria.

Segundo as autoras, há três metodologias para a construção do relato de casos. A primeira metodologia foi proposta por Jerusalinsky (2002) e refere-se à estrutura de construção de um texto teórico em sua articulação com os fatos, conteúdos, história e compreensão do caso clínico, baseada na noção de tempo lógico apresentada por Lacan (1998) em *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*. A segunda metodologia é a construção literária do texto do relato que é considerado pelas autoras, com base em Rudelic-Fernandez (2002), principalmente um exercício retórico, fundamentado em uma visão literária da história e analisado através de uma série de figuras retóricas que remetem aos afetos e às suas representações. A terceira metodologia é aquela extraída da noção freudiana de

construção em que há a introdução de um ponto fixo e um enigma em torno dos quais se elabora o caso.

Mezan (1994) estuda o artigo de Freud *A Disposição à Neurose Obsessiva* (1913) para fundamentar o que ele considera a vertente da pesquisa em psicanálise que investiga os processos psíquicos, argumentando que Freud utilizava o estudo de caso ou o caso clínico cuja função é “[...] o caso intervém no texto porque é o meio pelo qual a experiência vai permitir uma reelaboração da teoria, que por sua vez, assim reelaborada, permitirá compreender algo da experiência crucial [...]” (p. 99).

Fica claro ao longo de toda a obra de Freud que ele utiliza os casos clínicos para rever sua teoria. Já Mezan (1994) afirma que esse tipo de procedimento (ou de raciocínio) de Freud é um exemplo do pensamento indutivo que, por sua vez, se aproxima do raciocínio científico.

4.2 Pesquisa e Psicanálise

Para Freud (1913/1976) a pesquisa era uma dimensão da prática analítica. Ele diz: “[...] a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem [...]” (p. 152).

Em relação à pesquisa, Lacan (1964), na primeira aula do *Seminário XI*, faz um comentário elucidativo e claro sobre a sua posição: “o termo pesquisa, eu desconfio dele. Para mim, jamais me considerei um pesquisador” (p.15).

No entanto, ao longo de sua obra existem pontos divergentes em relação a esse tema. Por exemplo, também encontramos em Lacan a concepção de que o próprio campo da análise constituir um dispositivo experimental adequado para estudar a relação do sujeito com a linguagem, com o gozo e com seu desejo. É o que Lacan expõe no início de seu artigo sobre “A Agressividade em Psicanálise”:

Podem seus resultados fundar uma ciência positiva? Sim, se a experiência for controlável por todos. Ora, constituída entre dois sujeitos, dos quais um desempenha no diálogo um papel de impessoalidade ideal [...], a experiência, uma vez consumada, e unicamente sob as condições de capacidade exigível para qualquer investigação especial, pode ser retomada pelo outro sujeito com um terceiro. Essa via aparentemente iniciática é apenas uma transmissão por recorrência, com a qual não há por que nos surpreendermos, já que ela se prende à própria estrutura, bipolar, de toda subjetividade. Somente a velocidade de difusão da experiência é afetada por ela, e, se sua restrição à área de uma cultura é discutível, não só

nenhuma antropologia sadia não pode extrair disso uma objeção, como tudo indica que seus resultados possam ser suficientemente relativizados para uma generalização que a satisfação ao postulado humanitário, inseparável do espírito da ciência (LACAN, 1948/1998, p.104).

Em outro lugar Lacan escreve: “Mas a análise não é uma religião. Ela procede do mesmo *status* que a ciência. Ela se engaja na falta central *na qual o sujeito se experimenta* como desejo” (LACAN, 1964/2008).

A relação problemática da psicanálise com a pesquisa advém da seguinte pergunta: o que valem os conceitos da psicanálise transportados fora do dispositivo da análise?

Para Sauret (2003) pode-se responder a essa pergunta dizendo que há dois tipos de pesquisa: a pesquisa dos psicanalistas que se sustenta no caso a caso e que apresenta resultados a partir do particular. Portanto, é uma pesquisa que não se relaciona com a formulação de hipóteses novas que caberia à abordagem experimental validar. O segundo tipo de pesquisa seria a que se apoia sobre a psicanálise e é orientada por ela. Essa pesquisa de orientação psicanalítica contribui para a incidência da psicanálise no laço social contemporâneo e, na grande maioria das vezes, está associada à universidade.

O próprio Freud era defensor desse tipo de pesquisa em psicanálise. Reconhecemos essa defesa nos seus artigos clínicos elaborados não a partir do material clínico obtido com seus pacientes, como o caso Schreber, o Pequeno Hans, Leonardo da Vinci, entre outros, mas nos artigos sobre a cultura, como *Totem e tabu*, *Moisés e o monoteísmo*.

O psicanalista precisa ter uma postura diante do saber e uma interlocução, o que Lacan chamou, no Seminário XVII (1969-70/1992), de discurso universitário, que introduziu parâmetros a que se submetem todos, como a ordem da produção de teses, de artigos, de conferências.

A pesquisa psicanalítica na universidade pode ser teórica ou exegética (VIOLANTE, 2000), porque, como diz Mezan (1993, p. 88) “[...] conhecer o que existe, em psicanálise como em qualquer outra disciplina, é o primeiro momento de qualquer pesquisa séria [...]”.

De alguma forma, a psicanálise acumulou uma quantidade considerável de conhecimentos sobre o seu objeto – o inconsciente – só obtíveis através de algum tipo de pesquisa.

Laplanche (1978), por exemplo, estabeleceu um método no seu curso de psicanálise por meio do qual pretende mostrar que é possível ler os escritos analíticos utilizando como instrumento o método psicanalítico – a atenção ao detalhe dissonante, a reconstrução do contexto, a temporalidade própria instaurada pela psicanálise, com seus conceitos de repetição, de retorno do reprimido e de *a posteriori*. O objeto de pesquisa de Laplanche são os textos, não o material clínico.

Mezan (1993) também é partidário de uma pesquisa psicanalítica dessa natureza. Ou seja, que tenha como objeto a teoria psicanalítica composta pelos seus enunciados, pelas hipóteses sobre o funcionamento psíquico (a metapsicologia) e pela natureza do processo terapêutico. Para o autor, haveria duas vertentes da pesquisa em psicanálise: a que investiga a história das ideias psicanalíticas e a que investiga os processos psíquicos.

Em suma, a pesquisa em psicanálise, efetivada no âmbito da universidade, pode ocorrer na clínica (na situação analítica), pode decorrer dela ou de fora da situação analítica, desde que seu objeto possa ser abordado do ponto de vista da psicanálise. Pode ser ainda uma pesquisa teórica ou histórica (VIOLANTE, 2000).

Teríamos, portanto, a partir das concepções acima descritas, pesquisas em psicanálise, pesquisas sobre a psicanálise e pesquisas de orientação psicanalítica.

Entretanto, esse tema é polêmico. Há autores, como Elia (2000), que dizem que, se há um modo de conceber e fazer pesquisa em psicanálise que lhe é próprio é pelo método. Elia considera que toda e qualquer pesquisa em psicanálise é clínica, entendida como forma de acesso ao sujeito do inconsciente. O método próprio da pesquisa psicanalítica é analítico.

Nessa direção, o próprio Mezan (2001), que anteriormente aludia a uma possibilidade de pesquisa em psicanálise que se detenha na teoria, considera que toda investigação psicanalítica é qualitativa e trabalha no plano da singularidade: “na singularidade de um caso que permite extrair dele tanto o que lhe pertence com exclusividade quanto o que compartilha com outros do mesmo tipo”; como tal, “[...] o caso ganha um valor que se pode chamar de ‘exemplar’ [...]” (p. 157).

Dolto também é partidária dessa concepção. No prefácio do livro de Mannoni (1981), Dolto diz claramente: “*A Psicanálise terapêutica é um método de pesquisa da verdade individual*” (p. 10) e é “[...] ciência do homem por excelência [...]” (p. 11).

4.3 Psicanálise e Ciência

4.3.1 Psicanálise e discurso científico

Antes de iniciarmos a discussão sobre as relações entre o discurso científico e psicanálise, faz-se necessária uma breve e pequena introdução sobre o que se pode considerar como ciência.

Há autores que localizam a separação entre ciência e filosofia a partir de Kant que adotou os termos “ciências empíricas” e “ciências racionais”, respectivamente aplicados às antigas denominações de “filosofia experimental” e “filosofia abstrata” (CAMPANA et al., 2001, p. 39). Outros consideram Galileu o responsável pela separação entre ciência, filosofia e religião delimitando a ciência como aquela que tem como objeto as coisas da natureza e como método a observação, a experimentação e a indução (TURATO, 2005).

Apesar dessa antiga separação, na atualidade o termo *ciência* está quase exclusivamente relacionado à conjunção dos termos *empirismo* (ou experimentação) e *racionalismo*. Pode-se dizer que há uma hegemonia da ciência empírica (experimental) racional. Por exemplo, quando Campana et al. (2001, p. 41) define as características do conhecimento científico, uma delas é ser “[...] racional e verificável, isto é, obedece às regras da lógica e/ou utiliza a experimentação para a confirmação ou a rejeição de seus enunciados [...]”. Também há a utilização hegemônica do raciocínio objetivo como parâmetro para o fazer do cientista apesar de a física quântica apontar a influência da presença do observador nos resultados, como observa Sauret (2003).

Existe também a divisão da ciência, a partir da matéria a ser estudada, em dois grandes grupos: as ciências formais, entendidas como a lógica e a matemática e, as ciências que se dedicam ao estudo dos fatos (ciências factuais), entre as estão quais ciências da natureza.

Entretanto, definir a ciência não é uma tarefa fácil. Alguns autores a definem a partir de uma visão indutiva e racionalista que se iniciou no século XVIII com Galileu, Bacon e Newton. Existem autores com uma visão positivista da ciência, considerando-a conhecimento objetivo e confiável. Nessa definição, os critérios de repetitividade e verificabilidade e o caráter universalizante são os fundamentos da ciência. Mas também há autores que defendem a ciência a partir de critérios de

falseabilidade, como Popper (1974), e os que, como Kuhn (1975), levam em conta a influência de fatores históricos, econômicos, sociais e políticos na definição de ciência, considerando que o que faz uma teoria ser bem aceita é o paradigma definido pela comunidade científica.

Na discussão que se segue, não se procurou aprofundar a definição de ciência de cada autor, mas apresentar o debate entre psicanálise e ciência por meio dos próprios elementos que os autores vão apresentando e tecendo em suas discussões.

Na utilização do termo psicanálise, está sendo considerada a definição de Freud (1912/1976) para o qual o termo psicanálise é definido em três níveis:

- a) um método de investigação, que consiste essencialmente na evidenciação do significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasmas, delírios) de um indivíduo [...];
- b) um método psicoterápico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo [...];
- c) um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e de tratamento” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1973, p. 350-351).

Dentro do campo psicanalítico, os temas da ciência e da pesquisa (ou experimentação) não são considerados de forma tranquila pelos autores. Freud, fundador da psicanálise, sempre perseguiu a ideia de alçar a psicanálise ao estatuto de ciência. Inicialmente, escreve a partir de um olhar médico, em busca da origem da doença nervosa. Procura, então, a causa do sofrimento ou das perturbações mentais, e suas investigações visavam à construção de uma teoria capaz de explicar o normal e o patológico. Com o avanço dos estudos e das pesquisas clínicas, Freud, em 1930, reconhece o caráter conflitivo do psiquismo humano e, com ele, a impossibilidade de uma normalidade e satisfação.

Lacan, apesar de não concordar com o caráter de pesquisa ou de experimentação da psicanálise, perseguia também, de forma indireta, uma aproximação da psicanálise com a ciência, se considerarmos o recorrente uso de modelos de outros campos para a construção do seu ensino: ele utilizou a linguística, a teoria dos jogos, a teoria dos conjuntos, a topologia e a teoria dos nós.

Lacan é ambíguo em relação à articulação ao campo da ciência. Ele diz que ao mesmo tempo que a psicanálise é igual à ciência, porque também supõe saber a

desvelar (LACAN, 1965/1998)), é também diferente, porque valoriza exatamente aquilo de que a ciência nada quer saber, ou seja, o sujeito desse saber (FERRARI, 2002).

Como ciência e psicanálise são sistemas epistêmicos distintos e uma troca, ou diálogo, entre elas não é tão simples como pode parecer, precisamos recorrer ainda a algumas análises já realizadas antes de aprofundar as concepções lacanianas sobre o tema.

Para Dor (1993), foi o reconhecimento da divisão do sujeito (da *Spaltung*, em Lacan, ou *Ichspaltung*, clivagem do ego, em Freud) que levou a psicanálise a um distanciamento dos demais campos do conhecimento e a uma quase “impossibilidade” de um diálogo com eles. O próprio título do livro (*A cientificidade da psicanálise; tomo 1: A alienação da psicanálise*) contém os dois pontos ressaltados pelo autor como determinantes em qualquer “diálogo” – melhor dizendo, um “embate” – da psicanálise com esse outro discurso. Em seu livro, Dor centra-se no diálogo com a ciência e com a filosofia e entende que a alienação da psicanálise a outras formas discursivas é uma tentativa de submetê-la (quem a submete; ou é ela que se submete?) aos paradigmas e aos conceitos exteriores a ela. A conclusão do autor é que essa forma de “diálogo” leva a qualificar, imprudentemente, a psicanálise como não científica. O correto, segundo ele, seria considerá-la como “a-científica”.

O autor percorre os efeitos provocados pelo discurso analítico nos discursos científico e filosófico. Com relação ao diálogo com a ciência, deve-se ficar atento, segundo ele, à subversão epistemológica provocada pela psicanálise. De um lado, o discurso científico se vê interpelado pela existência de outro discurso que:

[...] tem os meios para desmascarar e explicitar, no próprio lugar desse discurso, a ilusão inaugural que fundamenta seu processo, neste caso, o conceito de sujeito-do-conhecimento (-da-ciência) e o que garante da imaginária promoção de uma teoria do conhecimento[...] (DOR, 1991, p. 31).

Para a ciência, o sujeito que fala deve ser excluído do que diz. Essa é uma das exigências fundamentais que fundam a objetividade científica.

De outro lado, a relação da ciência com a verdade também é abalada quando adentramos o campo da psicanálise: a noção de verdade tem significados diferentes no campo da ciência e no da psicanálise. A ciência se apresenta como o protótipo do conhecimento verdadeiro ao definir que o discurso do conhecimento é aquele que pode ser declarado verdadeiro (ou falso) e o que é válido é o que pode ser

demonstrado. O advento de qualquer ciência é tomado como o procedimento de, primeiro, estabelecer um *corpus* de descrição e classificação dos fenômenos. Num segundo momento, haverá o esforço de evidenciar correlações entre os fenômenos que se transformarão no esforço em fazer aparecer as relações causais entre os próprios fenômenos. Entretanto, o discurso analítico supõe ou parte do pressuposto de que a verdade do sujeito não é um fato demonstrável.

Dor (1993) conclui: a subversão epistêmica se dá pelo olhar daqueles que aderem ao discurso analítico, porque o discurso científico não se abala e declara a psicanálise como não científica. “Resulta então desse confronto entre a ciência e a psicanálise que a própria questão da “cientificidade” psicanalítica não poderia adquirir sentido e, *a fortiori*, ser elucidada sem que, conjuntamente, fosse questionado o *status* do objeto da ciência” (p.31).

O diálogo com o discurso filosófico não deixa de ser também conduzido em direção à alienação da psicanálise. Num primeiro momento, parece haver a possibilidade de aproximação entre os dois discursos, uma vez que a filosofia não contesta a existência do inconsciente, mas sim a sua inteligibilidade. Segundo o autor, “[...] uma coisa, portanto, é admitir o caráter de realidade dessa dimensão psíquica - o inconsciente - (ainda que a fórmula seja das mais ambíguas) outra é aderir à sua elucidação teórica [...]” (p. 38). Os pontos críticos do diálogo entre os dois discursos são o caráter consciencialista e racionalista da filosofia.

A alienação produz, segundo Dor, a desvitalização da psicanálise por meio de sua interpretação em um universo de conceitos, de experiência, de práticas e de discursos que lhe são estranhos. Ou seja, “sujeitar o inconsciente e a psicanálise às redes de uma metodologia que lhes é completamente heterogênea e, por essa razão, anula o que constitui sua irreduzível originalidade” (DOR, 1991, p. 48). A alienação – tema caro a Dor – é resultante de uma “relação lógica”:

Toda teoria do conhecimento funda-se e articula-se em referência permanente a uma ordem de “discurso-modelo” e de “conhecimento científico”, ou um de seus sucedâneos como as “linguagens lógicas” e a “lógica matemática”... Em todos os casos, o discurso da ciência é, explicitamente ou não, alegado e requerido como modelo e instrumento de expressão do conhecimento objetivo e verdadeiro. De sorte que sempre existe uma articulação metalinguística entre esse discurso referente e a teoria do conhecimento que a ele se relaciona. Disso resulta uma importante consequência. Toda ordem de saber que não responder ou responder imperfeitamente às normas estabelecidas pela referida teoria do conhecimento será recusada. Mas é claro que essa recusa significa que um saber não é válido senão enquanto sujeito a essas normas, ou seja, enquanto satisfaz aos critérios científicos (DOR, 1991, p. 88).

O autor continua sua análise esclarecendo que se há impossibilidade de expressar o discurso psicanalítico na linguagem da ciência, a validade dos enunciados analíticos encontra-se então suspensa, perante esse discurso modelo ou hegemônico.

Uma das consequências dessa suspensão pode ser imediatamente medida por um efeito de deslocamento que consiste no deslizamento da cientificidade à transmissibilidade. É em termos de transmissibilidade que se tenta defender um *status* para a teoria analítica: o caráter de necessidade da psicanálise estaria posto pela sua transmissibilidade, que se sustenta na dimensão da transferência. Esse procedimento é o que passa a legitimar a psicanálise. Mas essa conclusão não deixa de abrir um novo ponto polêmico, uma vez que a transferência recoloca novos paradoxos: a relação do singular com o universal e do racional com o irracional.

Dor (1991) declara não ser possível a conciliação da *Spaltung* com a estruturação de um discurso que se enuncie como científico. Isso porque qualquer cientificização possível da *Spaltung* leva à forclusão do sujeito. A cientificização aparece, em relação à *Spaltung*, como o produto mais acabado de nossa cegueira subjetiva. Ao mesmo tempo, a objetividade da ciência constitui expressão idealmente bem-sucedida dessa cegueira.

4.3.2 Psicanálise e discurso médico

Outro autor que nos ajuda a pensar a (des)articulação da psicanálise e da ciência é Clavreul (1983). Para ele, a psicanálise não corresponde à expectativa do cientista, nem por sua metodologia, que não coloca em relação causal os fatos psíquicos com efeitos biológicos ou doenças, nem por seus resultados. A posição do psicanalista não se insere na ordem da normalidade. As relações entre psicanálise e medicina (esta considerada o exemplo máximo da cientificidade) são de exclusão. O autor considera a psicanálise como o avesso da medicina.

Ressalta-se, inicialmente, que a discussão se refere à medicina que se estrutura a partir do século XIX, e que é marcada, segundo Foucault (2004), pela autópsia, pelo desvendamento do cadáver: o conhecimento do corpo humano, sem as influências do tempo, permite apreender a “invisibilidade do visível” (para usar a

terminologia proposta por Foucault), ou seja, permite apreender o espaço lesionado e assim determinar a sede, o foco, a anatomia e a fisiologia da doença. É a medicina dos órgãos, do foco e das causas e não mais a medicina dos sintomas (aquela delimitada a partir dos últimos anos do século XVIII).

Segundo Foucault (2004) a semiologia médica não mais será uma leitura, mas o conjunto de técnicas que permitem constituir uma anatomia patológica projetiva. O olhar anatomoclínico deverá demarcar um volume (e não mais analisar uma série), pois a autópsia mostra, torna visível. A análise da percepção anatomoclínica desvela três referências – localização, foco e primitividade – que modificam a leitura essencialmente temporal da clínica. Essa nova semiologia exige uma espécie de triangulação sensorial a quem devem colaborar os atlas diversos e até então excluídos das técnicas médicas: o ouvido e o tato se acrescentam à vista. O olhar médico é a partir desse momento, dotado de uma estrutura plurissensorial. O olhar que toca, ouve e, além disso, não por essência ou necessidade, vê. Entretanto, permanece sob o signo do visível, é o triunfo do olhar.

O olhar médico é aquele que apresenta uma sensibilidade concreta e que atinge, com um golpe de vista, o ponto central ou decisivo da verdade sensível; é também aquele que apalpa as profundezas, que atinge a sede da doença, que identifica o espaço lesionado. Daí decorre a metáfora do golpe de vista do médico.

A doença torna-se individual, não porque o indivíduo reaja sobre sua própria doença, mas porque a ação da doença se desenvolve, de pleno direito, na forma da individualidade. O saber sobre o indivíduo se dá-se a partir do conhecimento da morte; é nela que o indivíduo se encontra. “A morte abandonou seu velho céu trágico e tornou-se o núcleo lírico do homem: sua invisível verdade, seu visível segredo” (FOUCAULT, 2004, p. 190). A vida, a doença e a morte constituem agora uma trindade técnica e conceitual, pois os fenômenos da doença encontram novo estatuto epistemológico: a doença será apenas a forma patológica da vida; a morte é a doença tornada possível na vida; e não é porque cai doente que o homem morre, mas porque a possibilidade da morte o faz adoecer.

Clavreul (1983) acrescenta que essa é a fórmula da triologia hipocrática ou humanista da medicina formada pelo médico, pela doença e pelo homem. O doente, na ordem médica, define-se pela soma de dois elementos: homem e doença. Ou melhor, o homem se define como constituído pelo doente do qual a doença teria sido retirada: homem = doente – doença. “*Curando os doentes, separando-os da doença,*

o médico procede então como o escultor que extrai da pedra informe a imagem do homem, o homem ideal” (p. 73). Portanto, o discurso médico não é um discurso sobre o homem, mas sobre a doença.

Não existe, portanto, uma relação, ou encontro, médico-doente, mas sim uma relação médico-doença. Isso porque o discurso médico, que é normativo, se impõe entre o médico e o doente. Do doente, o que interessa é o seu caráter de informante, de indicador de signos da doença. Diante do saber médico, o doente, como indivíduo, apaga-se. O médico, por sua vez, é aquele que organiza as informações advindas do doente e é despossuído dos seus sentimentos. É por meio do ato médico, no qual o diagnóstico, ou a nomeação da doença, a ordenação dos sintomas e a constituição das síndromes tem primazia, que se instauram os lugares: o do doente, como aquele que deve ser curado, e o do médico, como aquele que sabe.

Não é pelo corpo do doente que o médico se interessa. O corpo não é senão o lugar, o terreno onde a doença aparece e se inscreve. É somente a doença, ou doenças, de que o corpo é portador que interessa aos médicos. O saber médico é sobre a doença, não sobre o homem, e só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui. Para poder constituir a doença como objeto de estudo foi preciso entificá-la, constituí-la como um ser.

A semiologia médica estrutura-se a partir de signos que são considerados portadores de uma informação sobre a doença. Um signo é uma informação porque há um médico que o recolhe e o coloca em relação a outros signos. O importante não é o olhar do médico, mas o fato de ele conhecer uma ordem articulada desses signos. Essa é a etapa do diagnóstico na qual os signos são agrupados, postos em ordem, e, graças à existência do discurso médico, constitui os signos (indícios) em significantes e de sua ordenação extrai a significação, que é a existência de uma doença. O que mais pode estar em jogo não interessa e não altera a inteligibilidade do discurso médico, como a subjetividade que não tem importância; ou a transferência que não é ignorada pelos médicos, mas não está implicada na evolução da doença; ou ainda uma outra metodologia que considere o signo não como representante de um objeto, mas como significante de um sujeito.

Clavreul (1983) demonstra que o discurso médico é assim um sistema simbólico que ultrapassa a relação instituição médica-doença. É um discurso ideológico e detentor de certa ética.

Clavreul demonstra que o discurso médico é, assim, um sistema simbólico que ultrapassa a relação instituição médico-doença. É um discurso ideológico e detentor de certa ética, porque privilegia certos fatos e impõe um certo olhar (ou impõe uma certa vista, como diz Foucault) no campo que constitui: “O que o médico observa é o que pode inscrever-se num certo campo do saber, com exclusão de qualquer outra coisa [...] O resto não tem existência para ele [...]” (FOUCAULT, 2004, p. 82).

Sustentado pelo mito de ser o responsável pela cura e pelo alívio da dor, o discurso médico estabelece que as bases sobre as quais se organiza, a objetividade e a cientificidade, são as únicas estruturas possíveis e reais. Se há lacunas ou contradições no discurso médico, elas simplesmente não são levadas em consideração.

Os médicos (e seu discurso) são “sacralizados” na sociedade moderna porque são vistos como aqueles que se detêm no estudo da cura; desenvolvem técnicas que afastam a dor e eliminam o sofrimento e, em nome disso, instauram uma ordem normativa:

Pelo tratamento, pela prevenção, até mesmo por estudos genéticos, a medicina tende a constituir o homem tão “normal” quanto possível. Mesmo se o conceito de normalidade é vago, a medicina é normativa. Do lado do homem normal e são está o Bem, a imagem à qual se pode e se deve se identificar. E do lado da doença está o Mal, o que se deve eliminar por todos os meios possíveis. Tal é o díptico no qual se inscreve fundamentalmente a ética portada pelo discurso médico (CLAVREUL, 1983, p. 228).

Assim sacralizado, o discurso médico torna-se hegemônico. Sua semiologia, a metodologia e a clínica são incontestáveis. O lema médico, pactuado pela sociedade é, utilizando as palavras de Clavreul (1983): “*Fazer o bem aos outros, eventualmente apesar deles e à força*” (p. 239). De fato, essa medicina moderna pouco tem a ver com a psicanálise, e, também é difícil encontrar os pontos de intersecção entre ambas. Ou seja, não é possível realizar um projeto para instaurar uma troca de bons procedimentos entre os dois campos, como um “vaivém entre soma e psique”.

A psicanálise, proposta por Freud, faz uma operação de subversão da clínica médica, segundo Dunker (2006). Subverte os elementos fundamentais e estruturantes da clínica: reinventa a semiologia ao recusar a clínica amparada no olhar para uma clínica da escuta: sua semiologia é a da linguagem. A semiologia psicanalítica não trabalha por exaustão classificatória nem pela confiança semântica

no significado patológico dos signos, cuja referência seria o corpo como totalidade anatomicamente limitada. Ao contrário, diz o autor, a escolha de poucos traços é suficiente para deduzir o conjunto das formações clínicas envolvidas (p. 123). Um exemplo é a valorização, por Lacan, da noção de fenômeno elementar – que compreende em si a totalidade lógica do delírio do psicótico –, que apresenta um paralelo com a análise estrutural do mito de Lévi-Strauss, em que a economia de explicação, a unidade de solução, a reconstituição do conjunto a partir do fragmento e a previsão dos desenvolvimentos posteriores são eixos básicos dessa análise.

A psicanálise, ainda segundo Dunker (2006), contrapõe-se à etiológica baseada na noção de causalidade linear ao propor a noção de sobredeterminação. Sua etiologia é baseada na causalidade do desejo; reescreve-se e se reapropria dos quadros diagnósticos da medicina e propõe uma terapêutica que implica as noções de subjetividade e construção, portanto sua terapêutica baseia-se na intervenção de linguagem sobre o sujeito e sobre o desejo. E sua diagnóstica é imanente à transferência.

Além disso, as noções de doença e de sintoma, para a psicanálise e para a medicina, não são as mesmas. A doença para a medicina é o visível, o enunciável, nada mais que uma coleção de sintomas. Por sua vez, o sintoma funciona como um “signo”, indica uma doença, é a forma como a doença se apresenta. Para a psicanálise, o sintoma só se define na história daquele que o traz – o sintoma faz parte do sujeito.

Por exemplo, no caso específico da clínica com bebês, em psicanálise, os sintomas que o bebê produz e que se manifestam no seu organismo (toda uma série de sintomas psicossomáticos) são considerados efeito do que é recalcado para a mãe ou para o casal. Como o bebê não é visto ainda como um sujeito do inconsciente constituído, o sintoma do bebê não pode ser considerado um efeito do seu recalque, porque esse ainda não ocorreu. Dizendo de outra maneira, o discurso parental marca o corpo do bebê, dando lugar a suas produções ou estabelecendo impossibilidades (JERUSALINSKY, 2002). Mas à medida em que o bebê aloja, o sintoma em seu corpo, o sintoma passa também a lhe dizer respeito.

O sintoma em psicanálise também se relaciona com a noção de tempo: um acontecimento só vai adquirir valor psíquico a partir da rede posterior que estabelecer com outros eventos (Freud) ou, no só depois, no *après-coup*, de Lacan.

É nesse sentido que Dunker (2006) novamente mostra a articulação do sintoma, em psicanálise com a noção de estrutura, o que o distancia novamente do sintoma médico:

O caminho que vai do sintoma à estrutura é longo e sinuoso e é condição de sua eficácia que a noção de estrutura clínica não se totalize como instrumento clínico operatório. Em outras palavras, a diagnóstica psicanalítica é muito mais extensa que a diagnóstica da estrutura, assim como a direção da cura é muito mais complexa do que inferir procedimentos válidos para a psicose, para a neurose ou para a perversão (p. 125).

Compreende-se, portanto, que o sintoma em psicanálise se relaciona à noção de estrutura, mantendo-se distinto dela.

A compreensão da doença também é diversa. Os psicanalistas consideram que o corpo, em sua dimensão material, não é a causa fundamental do surgimento das patologias graves da infância. As deficiências de natureza orgânica definem apenas um limite para o desenvolvimento da criança, mas não determinam uma única direção para a evolução dessas patologias. Essa direção depende em grande medida das experiências singulares e das relações da criança com os outros, que infletirão o curso de sua constituição psíquica a ponto de ali se produzirem falhas ou, ao contrário, de ali se abrirem novas possibilidades para ela.

A pretensão dessa exposição não foi adentrar os complexos campos da filosofia, da ciência e da psicanálise, mas sim explicitar a concordância com os pensamentos desses autores (CLAVREUL, 1983; DOR, 1993; FOUCAULT, 2004; DUNKER, 2006) para os quais as comparações do discurso analítico com o discurso científico ou filosófico podem provocar a “desfiguração” do discurso psicanalítico. Observa-se essa tendência contemporânea de desfigurar a psicanálise, ou de sujeitá-la ao discurso científico, em inúmeros artigos e produções científicas que aproximam a psicanálise das neurociências, ou que buscam legitimar as noções psicanalíticas a partir das descobertas da neurociência.

Ressalte-se que essa linha de pensamento é uma escolha e não um consenso: pois há autores que discutem a pertinência de incluir a psicanálise no discurso científico. Mezan (1993, por exemplo, acredita que é possível dizer que:

[...] a psicanálise apresenta algumas características que a aparentam a uma ciência, tais como a cumulatividade e a comunicabilidade dos conhecimentos, embora, por outros aspectos – especialmente o do fazer psicanalítico, o da prática terapêutica – ela se aparente às artes e à ourivesaria[...] (p. 96).

Sauret (2003) também chega a afirmar: “[...] é claro que ela (a psicanálise) é filha da ciência, no sentido de que ela não seria possível sem a produção do sujeito da ciência” (p. 93). Mas, a psicanálise também tem o privilégio, segundo o autor, de ser a única disciplina que tem o desígnio de não renunciar a dar a palavra ao sujeito. A tentativa de articular discurso científico e discurso analítico foi feita pelo próprio Lacan, salienta o autor, por meio de seu esforço em formalizar o discurso analítico, produzindo o que seria a sua lógica operante.

Apreendemos que, apesar da cautela e do rigor dos autores quando se propõem a estabelecer a especificidade do campo e do discurso psicanalítico, a relação ou o diálogo com a ciência é, por outro lado, quase uma imposição: não há como escapar desse confronto, salvo, talvez, na clínica – na análise. Mas, quando estamos diante da transmissão da psicanálise, da formação que ocorre na universidade, ou ainda diante de uma prática mais extensa como a psicanálise em extensão (como na saúde pública), a ciência se impõe: a ciência já está lá – na universidade, nas produções científicas, nos escritos, nas práticas – como modelo, discurso ou poderosa crítica. A ciência, na sua origem, também está na pré-história da psicanálise.

4.3.3 A psicanálise como ciência conjetural

Ainda resta analisar uma posição adotada por Lacan: a de considerar a psicanálise como uma ciência conjetural.

Alberti e Elia (2008) nos ajudam a compreender o que seria a ciência conjetural. Partindo de Karl Popper, esses autores afirmam ser conjeturais as teses que não podem ser elevadas à categoria de princípio ou de teoria porque se orientam a partir de uma afirmação presumida como verdadeira ou como genuína, mas cujos fundamentos são geralmente inconclusivos. Em matemática, são conjeturais as teses cuja verdade ainda não foi provada conforme as regras da lógica-matemática. Às vezes, a conjetura é uma hipótese frequentemente usada na verificação de outros resultados.

No Seminário II, Lacan (1954-1955/1985) propõe que a expressão “ciência conjetural” substitua “ciências humanas”. Alberti e Elia (2008) nos alertam que Lacan

ainda considerava apropriada a expressão “ciências humanas”. Entretanto, dez anos depois, ele dirá: [...] *Não há ciência do homem, porque o homem da ciência não existe, mas apenas seu sujeito. É conhecida a minha repugnância de sempre por esta denominação ciências humanas, que me parece ser o apelo mesmo à servidão* [...] (Lacan, 1966/1998). Para o autor, essa modificação no pensamento de Lacan é resultado da criação de sua única invenção, o *objeto a*, responsável pela irreduzibilidade do Real em relação ao Simbólico.

Nesse mesmo ano, Lacan transforma sua pergunta inicial: “*É a Psicanálise uma Ciência?*”, em outra: “Qual a ciência que comportaria a Psicanálise?” (Lacan, 1966) Com essa transformação, dizem os autores, Lacan está agora em outra posição discursiva quanto às relações entre psicanálise e ciência, posição na qual a operação psicanalítica é que está em posição de interrogar a Ciência: [...] Que ciência poderia comportar a inclusão do real do sujeito? [...] (p. 798).

Os autores consideram a entrevista que Lacan dá em 1970, publicada sob o título *Radiofonia*, um dos textos mais importantes para se pensar a ciência no século XX. Nessa entrevista, Lacan faz referência à revolução científica de Kepler, que descobre que as órbitas planetárias não eram esféricas, mas elípticas. As órbitas elípticas só ocorrem por meio de dois centros, o que implica a introdução de um centro matemático além do Sol para trabalhar com essas órbitas. Consequentemente, só é possível trabalhar com as órbitas elípticas pela via simbólica. Essa descoberta é associada por Lacan à frase de Galileu de que não existe natureza que não seja matemática.

Outra articulação de Lacan com a ciência conjetural aparece, em 1964, no artigo *Posição do inconsciente*, diz Fink (1997). Nele, Lacan considera a psicanálise um estatuto semelhante à teoria dos jogos e, nesse sentido, também como “ciência conjetural”. A associação se dá porque na teoria dos jogos as probabilidades podem ser calculadas de modo muito preciso e o jogador é reduzido a sua posição (ou melhor, é a posição que define o jogador). Além disso, cada posição do jogador se define por um número estritamente definido de movimentos possíveis. Dessa forma, a teoria dos jogos, como expressão da ciência conjetural, leva a distinção entre ciências exatas e ciências conjeturais cair por terra.

Lacan soluciona o problema colocado por Dor (1991), a saber, a noção de sujeito dividido (*spaltung*) ou sujeito do inconsciente é incompatível com a ciência, ao dizer que a ciência conjetural leva em consideração o simbólico e, introduz uma

forma que, segundo ele, renova a cristalização, a de uma ciência conjetural do sujeito (LACAN, 1964/2008, p. 49). Na ciência conjetural do sujeito, o método científico de investigação é o “método de rede” porque: [...] o sujeito deve advir. E para saber que se está lá, só há um método, que é de discriminar a rede [...] (p. 51). O método chamado de rede será desenvolvido por Lacan como rede dos significantes.

Entretanto, Fink (1997) diz que Lacan não chega a categorizar de modo definitivo a psicanálise como ciência conjetural em que o sujeito pode ser reduzido a uma simples proposição caracterizada por um simples objetivo. O projeto da psicanálise de Lacan é manter e explorar esses dois conceitos básicos – causa e sujeito.

Segundo Fink (1997) Lacan optaria, no final, por situar a psicanálise num lugar específico fora da ciência, o que não quer dizer fora de rigor.

Se a psicanálise está fora da ciência, se as suas duas noções caras, sujeito do inconsciente e causa do desejo, não são incluídas nas demais áreas de conhecimento, se ela apresenta uma epistemologia própria que “subverteu” as noções de semiologia, de etiologia, de doença e de sintoma e se também é uma ciência que inclui as noções de conjetura, de probabilidade e de simbólico, onde se situa a psicanálise?

A proposta de Aguiar (2006) apoiado em Laplanche (1978 e 1980), Figueiredo (2004) e Mijolla-Mellor (2004), é situar a psicanálise numa “extraterritorialidade” (termo de Laplanche), ou numa posição marginal em relação às demais áreas do saber e práticas.

Essa posição de “extraterritorialidade” garantiria a noção de pluridisciplinaridade, que, segundo Figueiredo, é a (re)combinação dos saberes especializados. Essa (re)combinação precisa, segundo Mijolla-Mellor (2004), não se limitar a uma justaposição de disciplinas, mas acentuar seu caráter plural, heterogêneo. Segundo Aguiar (2006) “[...] a pluridisciplinaridade implicaria, portanto, alguma complementaridade de seus componentes, eles próprios independentes [...]” (p. 123).

Encontrar essa complementaridade não é evidente, porque, por exemplo, se uma perspectiva interdisciplinar é adotada, as disciplinas visam aos pontos de contato entre elas. Mas o ponto de contato é também o lugar de uma separação, e estar no interdisciplinar consiste em fazer ressaltar as diferenças das abordagens

ante um mesmo objeto, alerta Mijolla-Mellor (2004). Pode-se, por outro lado, propor uma abordagem transdisciplinar em que se busca “[...] tomar como objeto uma superfície que possa atravessar várias disciplinas [...]”. (p. 124). Mas, nesse caso, o que garantiria que se fala a mesma coisa nessa travessia?

A essas possibilidades pluri ou multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, Mijolla-Mellor (2004) propõe o termo “interações da psicanálise” decorrente das perturbações introduzidas pela noção de sujeito do inconsciente nas relações com as demais disciplinas e áreas do conhecimento. Por “interações” da psicanálise, a autora entende a confrontação dos discursos mantidos por diversas disciplinas de forma a permitir destacar as especificidades de cada uma. Não se trata de buscar uma unidade dialógica, a seu ver ilusória. Essa também é a posição de Kupfer e Voltolini (2005) quando apontam o limite do diálogo entre as disciplinas:

Quando se trata de duas “línguas” diferentes, o equívoco maior estaria em apostar num “esperanto”, língua que não nasce de nenhuma outra, proposta como capaz de eliminar o mal-entendido resultante do conflito entre as línguas. Ou ainda de sucumbir a um “inglês”, como língua que acaba se impondo como universal por questões de hegemonia política. Talvez se trate de apostar em boas condições de tradutibilidade entre as línguas. Tradutibilidade esta capaz de reconhecer que o real que cada língua delimita implica sempre uma resistência ao traduzível, e que uma língua não pode ser reduzida à outra (KUPFER; VOLTOLINI, 2005, p.15).

As “interações da psicanálise” são possíveis, segundo Mijolla-Mellor ao retomarmos a própria significação do termo psicanálise: “[...] um procedimento de investigação e um método aplicável em diversos campos [...]”. (*apud* AGUIAR, 2006, p. 122). A autora propõe o termo interações e não aplicações, como utilizado por alguns autores, porque salienta que a própria psicanálise está interessada nos diversos outros campos do saber ou da cultura, na medida em que eles são parte constitutiva dela própria.

Considera que as “interações da psicanálise” são preciosas porque permitem precisar e relativizar o saber analítico e seu método, comparando-os e confrontando-os com outros campos. A universidade seria uma base privilegiada para praticar essas interações, acrescentando à pesquisa “em” psicanálise (metapsicológica e clínica) e “sobre” a psicanálise (histórico-epistemológica) a dimensão de uma pesquisa “com” a psicanálise (interações da psicanálise).

Seria essa a filiação da pesquisa IRDI e deste projeto? Poder-se-ia afirmar que a pesquisa IRDI realizou uma *interação* da psicanálise com o ramo da ciência denominado medicina, representado pela pediatria, por meio dos métodos

experimental e clínico? Interação essa que poderíamos chamar de frutífera, que manteve os princípios e as noções psicanalíticas, ao mesmo tempo trouxe transformações para o seu próprio campo de pesquisa?

Esta parece ser uma direção possível de resposta à pergunta colocada inicialmente neste trabalho. Para prosseguir nesta investigação, pode-se agora analisar a pesquisa IRDI a partir das definições e discussões metodológicas realizadas até aqui.

4.4 A Metodologia na Pesquisa IRDI

A Pesquisa IRDI propõe algumas questões metodológicas no âmbito da articulação da psicanálise com a pesquisa: seja da pesquisa em psicanálise, da pesquisa de orientação psicanalítica, da pesquisa sobre a psicanálise e, até mesmo da pesquisa com psicanálise. As questões metodológicas referem-se, especificamente, à possibilidade de utilizarmos outros métodos, que não o psicanalítico, para abarcar o sujeito do inconsciente e considerar os seus princípios básicos.

Encontra-se na literatura, desde os fundadores (Freud, Lacan, Winnicott, Dolto, Mannoni) até os “pesquisadores” mais atuais, representados pelos psicanalistas das universidades, uma extensa produção psicanalítica que discute a aproximação do método clínico com a psicanálise e suas diferenças (PEREIRA, 2001; VIEIRA, 2001; HANNS, 2000; MEZAN, 2002; GARCIA, 2002). Na tentativa de distinguir o método clínico do psicanalítico, pudemos acompanhar as intersecções e as diferenças. Por sua vez, o método experimental e a análise quantitativa são estranhos a esse campo.

Entretanto, observa-se na Pesquisa IRDI um entrelaçamento dos dois métodos, o clínico e o experimental, que serão explicitados a seguir para uma posterior análise e questionamento de seus princípios dos princípios psicanalíticos.

4.4.1 Utilização do método clínico na Pesquisa IRDI

4.4.1.1 A construção dos indicadores

A pesquisa de orientação psicanalítica não utiliza indicadores, como se observa nas pesquisas da área de saúde. (Filho, 1989; Brunelle e Saucier, 1999). A metodologia utilizada no estabelecimento dos indicadores da Pesquisa IRDI foi a da consulta a *experts*. Os indicadores clínicos foram extraídos, pelo grupo de psicanalistas, da teoria e da prática clínica específicas do campo da psicanálise.

Pode-se considerar que nessa primeira etapa os indicadores foram construídos a partir do método clínico: eles decorrem do refinamento da escuta dos psicanalistas que pôde rastrear, nos relatos das histórias clínicas trazidas pelos pais e na própria experiência clínica com as crianças pequenas com sérias questões na constituição psíquica, sinais precoces de sofrimento psíquico ou, ainda, se quisermos, “estados de crise” (DEBRAY, 1988), sinais que não haviam sido lidos como indicadores do que viria a seguir, mas que podiam ser, *a posteriori*, assim interpretados.

Num segundo momento (denominado estudo piloto), os indicadores passaram por um “ajuste de linguagem”. Apesar de serem “colhidos” da prática e da teoria psicanalítica, como a proposta foi fazer com que os indicadores pudessem ser utilizados por profissionais não psicanalistas, houve a necessidade de torná-los compreensíveis por meio de dois princípios gerais: a sua transmissão e a sua tradução.

A transmissão é necessária devido à fundamentação teórica dos indicadores. Foram selecionados os que se referem aos eixos de leitura de uma estruturação psíquica. Ou seja, que indicam que há condições de dizer que o bebê que se está acompanhado apresenta respostas de um sujeito. Dessa forma, o valor dos indicadores baseia-se em um sistema teórico de leitura que lhe dará sentido e uma rede de sustentação. Um indicador jamais terá valor isolado e dependerá de sua articulação com outros, bem como de sua inserção em uma lógica que lhe dá um certo sentido e uma certa direção.

Essa lógica, assim como essa rede de sustentação teórica, precisa ser transmitida aos profissionais de outras áreas que não a psicanálise, nesse caso particular aos médicos pediatras.

A tradução dos indicadores para os médicos-pediatras ocorreu como uma necessidade e também como um resultado da própria transmissão. Ela foi um passo necessário para a verificação da aplicabilidade dos indicadores escolhidos. Apresentam-se a seguir, no Quadro 3, as transformações que cada indicador sofreu em sua formulação no percurso do estudo piloto I e II para a formatação final.

Quadro 3 - Evolução dos indicadores

IRDI usados no Piloto I	IRDI usados no Piloto II	IRDI Final
0 a 4 meses	0 a 3 meses e 29 dias	0 a 3 meses e 29 dias
1. A mãe interpreta as vocalizações do bebê ou o choro como uma solicitação dirigida a ela. 2. A mãe fala com seu filho num estilo particularmente dirigido a ele (“mamanhês”). 3a. A mãe responde às chamadas do filho. 3b. A mãe ao realizar uma “ação específica” espera a reação do bebê. 4. Se estabelece uma conexão entre os olhares da mãe e do bebê durante a alimentação.	1. A mãe interpreta o choro e as vocalizações da criança como uma solicitação dirigida a ela. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“mamanhês”). 3a. A mãe responde às chamadas da criança 3b. A mãe, ao realizar uma “ação específica”, espera a reação da criança. 4. Há conexão entre os olhares da criança e da mãe em momentos privilegiados (alimentação, troca). 5. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“mamanhês”). 3. A criança reage ao “mamanhês”. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 a 8 Meses	4 a 7 meses e 29 dias	4 a 7 meses e 29 dias
5. A mãe reconhece os diferentes tipos de solicitação do filho de acordo com as características do choro, das atitudes corporais ou das vocalizações. 6. A criança chama a mãe e faz um intervalo para esperar sua resposta. 7a. A mãe chama a criança por seu nome e lhe endereça frases inteiras. 7b. A criança responde e percebe que a mãe (ou outra pessoa) está se dirigindo a ela.	6. A mãe reconhece os diferentes tipos de solicitação da criança de acordo com as características do choro, atitudes corporais ou vocalizações. 7. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para esperar sua resposta. 8a. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases. 8b. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 9. A mãe, por momentos, fala como se estivesse falando pela criança.	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta. 9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases. 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.

Continua

Continuação

IRDI usados no Piloto I	IRDI usados no Piloto II	IRDI Final
4 a 8 Meses	4 a 7 meses e 29 dias	4 a 7 meses e 29 dias
8. A criança procura o olhar da mãe em busca de reconhecimento.	10. A criança procura o olhar da mãe em busca de reconhecimento.	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.
9a. A mãe está atenta à ajuda que a criança precisa para conquistar uma nova aquisição mas não a invade e nem a substitui no seu esforço.	11a. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.
9b. A criança conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva.	11b. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.
8 a 12 meses	8 a 11 meses e 29 dias	8 a 11 meses e 29 dias
10. A mãe percebe que seu filho quando demanda a satisfação de uma necessidade pode estar solicitando seu amor.	12. A mãe percebe que as solicitações da criança podem ser uma forma de pedir a sua atenção e não apenas de pedir a satisfação de necessidades.	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.
11. Os cuidados corporais que a mãe dirige à criança se entrelaçam com jogos e brincadeiras amorosas.	13. Os cuidados corporais que a mãe dirige à criança entrelaçam-se com jogos e brincadeiras amorosas.	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
12. A mãe sabe diferenciar os estados emocionais de seu filho.	14. A mãe sabe diferenciar os estados emocionais da criança.	16. A criança comunica gostar ou não de alguma coisa.
13. Mãe e filho partilham um conjunto de objetos, ações e palavras que são próprias à sua relação.	15. Mãe e criança compartilham um conjunto de objetos, ações e palavras que são próprias à sua relação.	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
16. A criança diferencia o familiar do estranho.	16. A criança diferencia o familiar do estranho.	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.
15. A criança substitui a presença da mãe por um objeto que a represente.	17. A criança possui objetos prediletos.	19. A criança possui objetos prediletos.
18. A criança imita pequenas brincadeiras, "gracinhas"	18. A criança imita pequenas brincadeiras, "gracinhas".	20. A criança faz gracinhas.
17. A criança ao avançar em suas conquistas busca por meio do olhar o apoio e segurança da mãe.	19. A criança, ao avançar em suas conquistas, busca por meio do olhar o apoio e Segurança da mãe.	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.
18. A mãe oferece alimentação semi-sólida, sólida e variada.	20a. A mãe oferece à criança alimentação semi-sólida, sólida e variada.	22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.
18b. A criança aceita alimentação variada.	20b. A criança aceita alimentação variada.	
19. A mãe alterna momentos de dedicação ao filho com outros interesses.	21. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	

Continua

Continuação

IRDI usados no Piloto I	IRDI usados no Piloto II	IRDI Final
12 a 18 meses	12 a 18 meses	12 a 18 meses
		<p>23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</p>
<p>20. A criança suporta bem por momentos a ausência da mãe.</p>	<p>22. A criança suporta bem breves ausências da mãe.</p>	<p>24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.</p>
<p>21. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.</p>	<p>23a. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.</p>	<p>25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.</p>
<p>21b. A criança passa a ter mais interesse em outros brinquedos do que no corpo materno.</p>	<p>23b. A criança passa a ter mais interesse em outros brinquedos do que no corpo materno.</p>	
<p>22. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.</p>	<p>24a. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</p>	<p>26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</p>
	<p>24b. A mãe permite as manifestações de curiosidade da criança.</p>	
<p>23. A criança dirige seu olhar ao objeto para o qual a mãe está olhando e não somente para a mãe.</p>	<p>25. A criança dirige seu olhar ao objeto para o qual a mãe está olhando e não somente para a mãe.</p>	<p>27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.</p>
<p>24. A criança gosta de brincar com objetos habitualmente usados pela mãe, o pai ou outras pessoas próximas.</p>	<p>26. A criança gosta de brincar com objetos habitualmente usados pela mãe, pai ou outras pessoas próximas.</p>	<p>28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.</p>
<p>25. A mãe começa a pedir que seu filho nomeie o que deseja, não se contentando, por exemplo, com gestos.</p>	<p>27. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.</p>	<p>29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.</p>
<p>26. A criança se enuncia pelo nome e diz "meu".</p>		
<p>27. Os pais colocam para a criança como as coisas "devem" ser feitas.</p>	<p>28. Os pais colocam para a criança como as coisas "devem" ser feitas.</p>	<p>30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</p>
<p>28. A criança diferencia objetos maternos, paternos e os próprios.</p>	<p>29. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.</p>	<p>31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.</p>

4.4.1.2 Capacitação para aplicação dos indicadores

Para a aplicação dos indicadores, o Grupo de Pesquisadores elaborou uma capacitação que foi oferecida aos médicos pediatras.

Essa capacitação, inicialmente estruturada no estudo piloto, foi desenvolvida em cada centro participante da pesquisa sob a coordenação de quatro pesquisadores principais.

A capacitação foi realizada em algumas etapas.

Na primeira, foi realizado um *workshop*, ou transmissão teórico-clínica, em dois dias, com quatro horas diárias. Para essa transmissão, foi organizada uma apostila com o seguinte índice:

Parte I: Conceitos e Definições 1.Introdução 2.Neuroplasticidade 3.Formação da subjetividade 4.Os quatro eixos fundamentais na relação mãe-filho Parte II: Pressupostos Clínicos 1.Indicadores 2.Prevenção 3.Interdisciplinaridade 4.Psicossomática na primeira infância 5.Prevenção dos quadros psicopatológicos graves Parte III: Prática Pediátrica 1.Possíveis enfoques na consulta pediátrica 2.Os dois focos da Pesquisa: o ato médico e a relação mãe-criança Parte IV: Metodologia 1.Método 2.Indicadores associados à fundamentação teórica 3.Instruções para aplicação do Instrumento
--

O Grupo de Pesquisadores trabalhou na construção da apostila e, posteriormente, cada pesquisador-coordenador, em reuniões com sua equipe local de psicanalistas, transmitiu o conteúdo e a sistematização da operacionalização da pesquisa ao seu grupo de psicanalistas-monitores antes da capacitação propriamente dita com os pediatras.

Essa apostila foi distribuída aos médicos pediatras como material de apoio. Com base em seu conteúdo, a formação foi ministrada por um psicanalista, que também fazia uso de *slides* orientadores mas seguia, apesar da “padronização”, um estilo singular.

Ainda nessa etapa de transmissão teórico-clínica foi apresentado um vídeo, elaborado como material da pesquisa, contendo as “ilustrações” – cenas colhidas nas consultas pediátricas - de cada um dos indicadores.

Para finalizar essa etapa, um segundo vídeo, contendo recortes de consultas pediátricas, foi utilizado para apreensão, verificação, sedimentação e discussão da aplicabilidade dos indicadores.

A segunda etapa foi composta de um “treinamento em serviço” no qual os monitores-psicanalistas estavam diariamente presentes nos centros pediátricos para uma discussão posterior à aplicação de cada protocolo IRDI pelos pediatras.

Transcorridos seis meses do andamento da pesquisa, foi realizada uma “capacitação”, ou transmissão teórico-clínica, em cada centro, com duração de quatro horas, para sedimentação dos conceitos e do uso dos indicadores.

Considere-se que, apesar do termo “capacitação” não ser adequado ao campo da transmissão em psicanálise, pode-se dizer que ela se baseia no método clínico porque as noções básicas a serem transmitidas foram extraídas da clínica psicanalítica e, da clínica pediátrica retirou-se as ilustrações cênicas dos indicadores. Considere-se ainda a transferência ocorrida entre os pediatras e os psicanalistas-capacitadores como um fenômeno clínico.

A utilização desse termo “capacitação” justifica-se pela necessidade de eliminar ruídos na comunicação entre os dois campos, a psicanálise e a pediatria: capacitação é um termo usualmente utilizado em programas e projetos de saúde e o termo transmissão não é de fácil compreensão pelos profissionais da saúde.

Há dois argumentos em favor da aproximação da capacitação com a metodologia clínica. O primeiro argumento refere-se ao fato de que o bom uso dos indicadores está atrelado ao conhecimento, por parte do aplicador, da noção do sujeito e dos eixos que estruturam a sua constituição.

O segundo argumento refere-se à própria estruturação da “capacitação” que permitiu a operação da transferência. A transmissão teórica foi sustentada pelos dois momentos posteriores, o do reconhecimento, nas cenas pediátricas dos indicadores, por meio do vídeo que permitiu aos pediatras uma aproximação da sua clínica com a psicanalítica. Essa aproximação estendeu-se pelas discussões sobre as aplicações dos indicadores ocorridas entre os monitores-psicanalistas e os pediatras.

Trata-se da transferência imaginária própria da relação professor-aluno, e não da transferência que se estabelece na análise.

Ressalta-se, entretanto, que embora se considere e uma predominância do método clínico na “capacitação”, há também aspectos que a distanciam desse método como a sua padronização e, principalmente, a não demanda original dos pediatras: os pediatras que participaram da capacitação (ou da transmissão) não o fizeram por uma demanda pessoal ou a partir da sua clínica. Eventualmente, um ou outro pediatra pode ter participado da Pesquisa a partir de uma demanda de conhecimento sobre a noção de sujeito, mas a maioria participou por outras questões, como as acadêmicas, políticas ou mesmo por imposição da chefia.

4.4.1.3 A avaliação psicanalítica aos três anos

Para a realização do desfecho clínico da Pesquisa IRDI foi construído um roteiro de avaliação psicanalítica denominado AP3. Esse roteiro partiu dos mesmos princípios dos indicadores: foi construído a partir da experiência clínica dos pesquisadores em entrevistas e análises com crianças pequenas. Ou seja, os eixos e os tópicos que compõem a AP3 foram retirados da prática ou experiência clínica dos psicanalistas.

Foram selecionados, do conjunto dessa experiência clínica, os eixos que correspondem às operações fundamentais para a estruturação psíquica das crianças pequenas. Esses eixos foram enumerados por Bernardino e Kupfer (2008) como sendo:

- as noções de filiação, sexuação e identificação desenvolvidas por Freud e Lacan;
- o conceito de matriz simbólica proposto por Lacan, composto pela matriz linguística e pela matriz edípica, necessárias para a imersão do sujeito na linguagem e na cultura;
- a noção de construção do lugar da criança através do lugar que lhe é atribuído no discurso familiar, desenvolvida por Dolto e Mannoni;
- a nota de Lacan sobre a criança como sintoma do casal, como fetiche e como objeto da fantasia materna;
- as operações psíquicas de construção do sujeito psíquico no tempo da infância: alienação/separação; estágio do espelho, Édipo.

Com base nesses eixos, o roteiro foi, então, organizado em duas etapas: entrevista com os pais (com a presença da criança) e entrevista – hora lúdica – com a criança. Uma etapa intermediária também foi definida: o momento de separação dos pais e da criança com suas possíveis variações de reação da criança frente a essa separação.

A proposta foi a utilização da AP3 como um roteiro norteador visando a obter uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança (aproximativa porque, a rigor, só se tem esse dado sobre a posição subjetiva da criança em transferência no contexto de uma análise) e, de alguma forma, um meio de padronizar as avaliações. Esse segundo ponto não pode ser considerado estritamente “clínico”, mas o embasamento, a fundamentação e os alicerces da AP3 foram provenientes da clínica. Portanto, considera-se que o meio utilizado para sua construção, assim como a dos indicadores, foi a metodologia clínica.

A construção do instrumento foi realizada em etapas que, mais uma vez, intercalam os métodos clínico e experimental. Na primeira, os avaliadores psicanalistas externos à pesquisa seguiram a primeira versão da AP3 e utilizaram alguns critérios, definidos inicialmente por A. Jerusalinsky (2008b), a partir da clínica, para orientar a anotação de sintomas clínicos.

Na segunda etapa, o grupo de pesquisadores da pesquisa realizou uma primeira reavaliação dos protocolos, que pode ser compreendida como uma segunda avaliação da criança, não presencial, feita a partir do conhecimento e da experiência clínica do grupo de pesquisadores. Realizou-se, portanto, uma releitura clínica de cada avaliação. Essa releitura era efetuada por, pelo menos, dois membros do grupo de pesquisadores e discutida até se chegar a um consenso sobre a sintomatologia apresentada pela criança,

A partir dessas reavaliações num grupo de 100 crianças, os primeiros critérios foram revistos e uma segunda tabela com os sintomas clínicos foi estruturada. Essa construção gradual de tabelas seguiu a metodologia de construção *post-hoc*, e permiti adaptar gradualmente os achados às tabelas de avaliação.

Na terceira etapa, uma última e definitiva tabela foi montada e todas as 267 avaliações foram, então, novamente revistas pelo grupo de pesquisadores.

Finalmente, a partir dos sintomas clínicos e da avaliação qualitativa realizada para cada criança, foi feita a anotação daquilo que constitui o desfecho clínico da pesquisa: presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança; ou presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito.

Para realizar a anotação final sobre a avaliação de cada criança, ou seja, se ela apresenta dificuldades de desenvolvimento ou risco psíquico, alguns sintomas clínicos foram eleitos como conclusivos, a partir do estudo inicial realizado por Jerusalinsky (2008b) com base na clínica psicanalítica. Havendo a presença de um dos sintomas conclusivos, considerava-se que a criança apresentava risco para o desenvolvimento psíquico.

Novamente há o hibridismo metodológico presente nas avaliações psicanalíticas. De um lado, elas seguiram um roteiro e uma “classificação” de sintomas, o que pode ser facilmente reconhecido como uma metodologia experimental. Por outro lado, a escolha em manter uma avaliação psicanalítica (e não uma psicológica por meio de testes) e a releitura de cada avaliação pelo grupo de psicanalistas, preservaram também o método clínico.

Há ainda uma discussão metodológica dentro do próprio campo psicanalítico, uma vez que neste o diagnóstico (ou a hipótese diagnóstica) só pode ser aferido em relação à transferência – o diagnóstico se dá em transferência. Segundo Bernardino (2004), Lacan define o diagnóstico a partir da posição em que o paciente se coloca e na qual coloca o Outro, denominando este diagnóstico de estrutural.

Segundo Laplanche e Pontalis (1973), p. 514), o conceito de transferência:

[...] designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vividos com um sentimento de atualidade acentuada [...].

Portanto, para estabelecer o diagnóstico na clínica com crianças é necessário o desdobramento do tempo na transferência para que os efeitos das operações lógicas da constituição do sujeito se façam presentes. A repetição e a leitura são importantes para o estabelecimento de um diagnóstico em psicanálise.

Em relação a essa argumentação, Vorcaro (2008) diz que é um equívoco supor que não haja transferência nesse momento. Para a autora, não há transferência simbólica construída no decorrer de uma análise. Mas há transferência imaginária, aquela que se relaciona a uma pergunta, desde que haja discurso endereçado, desde que haja o fato de que os pais compareçam com a criança em algum lugar.

Podemos também falar sobre a presença de *laços transferenciais e fenômenos transferenciais* na AP3 (FILLOUX, 2002).

Vorcaro (2008) também defende que a repetição está em jogo no transcorrer da AP3: ela aparecerá nas brincadeiras, nos jogos da criança e nas falas dos pais sobre a criança.

A seleção e a classificação (que ocorrem na AP3) também são considerados pontos contra um bom diagnóstico em psicanálise, que se faz sobre a escuta de coisas cujo significado só será identificado *a posteriori*.

Em sua análise sobre a AP3, Dutra e Bernardino (2008) apontam que não se estabelece de fato um diagnóstico psicanalítico, mas, assim como os indicadores, a AP3 recolhe um “achado de sujeito”. O avaliador pode ser testemunha de efeitos de sujeito na criança ao recolher constatações fenomênicas nas quais o advento do sujeito do inconsciente se revele. “*Trata-se de recolher indícios, pistas da constituição do sujeito*” (p.154), conclui a autora.

Vorcaro (2008), em continuidade ao que aponta Dutra, salienta mais três pontos a ser considerados. O primeiro refere-se ao fato de a criança, na AP3, estar diante de um psicanalista. e por isso é possível dizer que um ato psicanalítico pode ocorrer. O segundo ponto relaciona-se à possibilidade de tomar a fenomenologia (indícios ou pistas da constituição do sujeito, como nos diz Dutra) em uma rede e assim alçá-la à categoria de discurso em vez de considerar as manifestações da criança uma a uma, buscando a correspondência biunívoca de cada uma a índices supostos de psicopatologia.

A tentativa de abarcar os fenômenos não como signos, mas como elementos de uma rede na AP3, sustenta-se pelo desenrolar de alguns passos: estavam presentes na AP3 o entrevistador psicanalista, os pais, a criança e um observador psicanalista. Este último era responsável por anotar o que se passava na entrevista e garantir que todo o roteiro da AP3 fosse percorrido pelo pesquisador psicanalista. Em um momento posterior, já sem a família e a criança, os dois se sentavam juntos, entrevistador e observador, e compunham a AP3. Nesse segundo momento, portanto, de reconstrução do momento da avaliação – de construção de uma narrativa sobre a avaliação –, eram considerados os efeitos sobre a criança, sobre os pais, sobre o entrevistador e sobre o observador do que podemos chamar de transferência. Esse momento também possibilitou o registro e a significação de efeitos que se repetiam em toda triangulação presente na avaliação.

O terceiro ponto diz respeito à possibilidade de o material da AP3 ser considerado um *corpus* para análise em que os dados recolhidos se transformam em uma narrativa. A autora diz:

[...] uma entrevista de uma hora e meia com os pais e a criança permite uma boa avaliação da criança, desde que saíamos da comodidade da poltrona e encaremos a tarefa de tratar exaustivamente a massa amorfa discursiva verbal, motora e lúdica que vamos constituir como dados, ou seja, como corpus para análise” (VORCARO, 2008, p. 162).

Para finalizar a argumentação sobre o caráter clínico da AP3, percorreremos o caminho elucidado por Vorcaro (2008) no qual os fenômenos ocorridos na AP3 se transformaram numa narrativa composta de atos, frases e configurações sintáticas que possibilitam a localização dos tempos lógicos que se desenrolaram nessa avaliação. Acompanhando o raciocínio da autora:

Para cada jogo, que chamaremos de configuração sintática, temos quatro tempos. No primeiro tempo distinguimos o que convocou a criança para o jogo (mesmo que seja um movimento qualquer). No segundo tempo: o que ela fez, ou seja, como ela viu, o que disparou essa relação que estabeleceu com o brinquedo, com o monitor, com o psicanalista, etc. Nesse tempo dois trata-se de registrar: como ela compreendeu isso, ou seja, como operou a modalidade de jogo que ela estabeleceu. O terceiro tempo fica provisoriamente em suspenso. E o quarto tempo é a conclusão. Como a criança encerra o jogo que ela fez. Só a partir da conclusão podemos voltar ao tempo três, que é uma formulação feita pelo monitor e pelo psicanalista, da hipótese sobre o que teria produzido a conclusão da criança em relação àquele jogo que ela fez (p.164).

4.4.2 Utilização do método quantitativo na Pesquisa IRDI: delineamento do estudo e validação

O delineamento do estudo e a metodologia escolhida para a validação dos indicadores foram experimentais. Optou-se por realizar um estudo quantitativo longitudinal (estudo de seguimento).

Como características de um estudo com metodologia experimental, temos, na primeira fase, a aplicação do protocolo IRDI e o acompanhamento de crianças até os 18 meses de idade:

- a) Definição de uma amostra, aleatoriamente e randomicamente, selecionada.
- b) O tamanho da amostra também é característico de um estudo quantitativo e experimental porque trata-se de uma amostra de 727 crianças.

- c) Definição de duas subamostras por meio de procedimentos de análise estatística, definida pelo corte de ter dois ou mais indicadores ausentes. Ao fim dos 18 meses, 287 delas apresentaram dois ou mais indicadores ausentes (supostos casos) e 440 apresentaram um ou nenhum indicador ausente (controles).
- d) Foram realizados tratamentos e análises estatísticas para comparar as duas subamostras, procedimentos também específicos do método experimental. As análises referem-se a comparações entre variáveis demográficas de crianças seguidas e não seguidas para um estudo de interferência de variáveis externas.
- e) Tratamento estatístico dos dados aos indicadores ausentes, tanto individualmente como em grupo ou em conjunto, para a validação da previsão de risco.

Apesar de o estudo ser longitudinal, ou seja, basear-se no acompanhamento de crianças, por meio dos indicadores, de zero a 18 meses de idade, não foram realizados estudos de casos clínicos (metodologia clínica), mas sim análises quantitativas das crianças acompanhadas.

Na segunda fase da Pesquisa IRDI – das avaliações de crianças aos três anos (AP3), o uso do método clínico já foi aprofundado, com a ajuda da análise de Vorcaro (2008) e Dutra e Bernardino (2008).

Entretanto, dois aspectos podem ser considerados como experimentais, nessa segunda etapa da pesquisa, a elaboração de uma tabela ou classificação de sintomas e a análise estatística realizada para o estabelecimento do desfecho clínico da Pesquisa.

4.5 Discussão da Metodologia da Pesquisa IRDI: A Combinação de Métodos Como Possibilidade

Como já foi exposto acima, há muitos autores que argumentam não ser possível o diálogo entre a psicanálise e a ciência e tampouco realizar a uma pesquisa de orientação psicanalítica que utilize o método experimental. Apesar de toda essa fundamentação contrária, a Pesquisa IRDI foi estruturada e realizada, trazendo resultados que realimentam uma nova reflexão.

Um dos desafios atuais para a psicanálise é ser reconhecida em sua especificidade enquanto um discurso que traz um saber sobre o sujeito (sobre o inconsciente). Trata-se de um desafio importante a ser enfrentado, visando a garantir a própria sobrevivência do discurso psicanalítico na modernidade e o espaço para a expressão daquilo que esse discurso sinaliza como o seu constructo mais precioso – o sujeito.

Um dos caminhos para enfrentar o desafio de defender o lugar da psicanálise entre as ciências modernas e a especificidade de seu objeto pode ser a realização de pesquisas empíricas de orientação psicanalítica, como é o caso da Pesquisa Multicêntrica IRDI, que se esforçou em fazer com que algo da experiência acumulada da psicanálise fosse levado, transmitido, a outras práticas, nesse caso à saúde pública:

O desafio com que essa Pesquisa se ocupa consiste em articular caso a caso e ciência geral. Aproveitou-se a experiência acumulada da psicanálise para levá-la aos outros campos, apontando para uma tendência que foi revelada ao se ouvir cada caso. Esta, se valendo do conhecimento da estatística para afirmar que algo pode acontecer com aquele sujeito porque já aconteceu, em um nível significativo, com muitos outros, e assim pedir a aquele agente de saúde que leve essa tendência em conta. Não é uma pesquisa para ampliar os horizontes da psicanálise, não é uma pesquisa em psicanálise, e sim uma pesquisa de psicanálise aplicada que poderá reverter secundariamente para a psicanálise (KUPFER; VOLTOLINI, 2005, p. 360).

Mas, dentro do próprio grupo de pesquisadores, o limite dessa articulação é bem claro, como alertam Kupfer e Voltolini (2005) sobre o risco de se criar um “esperanto” ou de se sucumbir ao “inglês”: A solução, segundo os autores, seria a de apostar em boas condições de tradutibilidade entre as línguas.

O presente estudo esforçou-se em iniciar essa tradução, sabendo dos seus limites, por meio do esclarecimento e da fundamentação dos métodos utilizados, e

buscando destacar que a psicanálise não foi desfigurada e há uma possibilidade de abertura do campo científico às descobertas da psicanálise.

A Pesquisa IRDI entrelaça os métodos clínico e experimental não numa demonstração de força de um método sobre o outro, mas no intuito de utilizar cada método naquilo que ele contém de específico. A prudência em manter os princípios psicanalíticos esteve sempre como um eixo norteador da Pesquisa IRDI.

A proposta da construção de indicadores para a verificação da instalação do psiquismo manteve a noção de sujeito ou do inconsciente, apesar de a própria proposta de construir “indicadores” ser considerada algo “avesso” à psicanálise, uma vez que em geral – na pesquisa experimental – os indicadores são signos de uma doença e, nesse campo específico, remetem a uma semiologia psiquiátrica objetivando comportamentos. Na Pesquisa IRDI, os indicadores foram propostos como operadores de uma leitura que permite supor a presença e a singularidade do sujeito. Cada indicador em si não quer dizer nada, só vale por sua relação com outros representando a articulação entre o desenrolar do tempo cronológico e o estrutural no tempo da infância. É a articulação com outros indicadores que lhe confere um valor “significante”, um valor de tendência e de indicação do processo de constituição psíquica.

Portanto, a pesquisa IRDI introduziu uma inflexão sutil no espírito médico psicopatológico com que ele usualmente é utilizado no campo da pesquisa científica. Ela lhes aplicou uma “torção” que apagou deles a dimensão da medicina como leitura da doença.

O desafio com que esta pesquisa se ocupou consistiu em articular caso a caso e ciência geral, como dizem Kupfer e Voltolini (2005). Aproveitou-se a experiência acumulada da psicanálise para levá-la a outros campos, apontando para uma tendência que foi revelada ao se ouvir cada caso. Utilizou-se o conhecimento da estatística para afirmar que algo pode acontecer com aquele sujeito porque já aconteceu, em um nível significativo, com muitos outros, e assim pedir àquele agente de saúde que leve essa tendência em conta.

Freud sempre utilizou indicadores, uma vez que considera que o inconsciente só pode ser apreendido indiretamente ou por meio dos seus efeitos. Percorre-se o caminho de Freud na descoberta da trilha, dos traços e daquilo que se repete como reminiscências, no paralelismo do uso de indicadores, no estudo sobre a histeria.

Freud (1893-1895/1976) em *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar*, utiliza o termo *trilha* para descrever a sua

descoberta sobre o mecanismo da histeria: “Se ao descobrirmos o mecanismo psíquico das manifestações históricas demos um passo à frente na trilha aberta pela primeira vez com tanto êxito por Charcot com sua explicação e imitação artificial das paralisias hístico-traumáticas, não podemos ocultar de nós mesmos que isso nos levou para mais perto apenas de uma compreensão do mecanismo dos sintomas históricos, e não das causas internas da histeria” (p. 59).

Na continuação dos estudos sobre a histeria, nas considerações teóricas, Breuer vai correlacionando os mecanismos das históricas de conversão com os mecanismos psíquicos, a partir das experiências clínicas, como exemplo quando diz: “Mas podemos presumir que o processo (da histórica) não é inteiramente dessemelhante do que podemos observar de maneira clara em casos mais favoráveis” (FREUD, 1893-1895/1976, p. 263.). Ou seja, Freud e Breuer vão correlacionando as manifestações históricas aos mecanismos psíquicos e demonstrando que os fenômenos psíquicos são os mesmos, seja numa conversão histórica, seja num sonho. Ocorre a patogenia do quadro clínico quando há um conflito, um estado de excitação irreconciliável: “Um estado de excitação dessa natureza, é em geral seguido por consequências psíquicas, tais como estados de ansiedade e depressão patológicos. Às vezes, contudo, circunstâncias concorrentes acarretam uma manifestação somática anormal, na qual a excitação é descarregada” (p. 264). Haveria, portanto, uma reação normal apropriada à excitação provocada por ideias irreconciliáveis, a comunicação pela fala e, se se negar à excitação esta saída, ela algumas vezes se converte numa manifestação somática. Essa é a fórmula da origem das manifestações históricas. E, os estudos assim continuam, na associação de cada mecanismo psíquico das históricas com a categoria posterior de neurose: a histeria não é uma entidade clínica independente” (p. 316).

Freud recorre a Charcot para fundamentar a existência de leis e regularidades nos fenômenos clínicos apresentados pelas históricas, em contraposição à opinião corrente da época de serem “doença simulada ou uma irritante falta de conformidade à regra” (FREUD, 1893, p. 39).

Conclui-se que para Freud, os gestos das históricas podem ser generalizáveis. Entretanto, com ressalvas, porque, como bom pesquisador, Freud se preocupava com as generalizações.

Ainda nos estudos sobre a histeria, Freud define como traços característicos dos materiais psíquicos o que se consegue no curso da análise porque haveria um núcleo psíquico inacessível (p. 346).

Além disso, Freud sempre fez uso da experimentação, ao falar extensivamente em “observação” (*Beobachtung*) e caracterizar algumas vezes a psicanálise como um tipo de “observação”.

Pode-se recolher em vários momentos de sua obra essa vertente experimental de Freud. Por exemplo, em *Psicanálise e psiquiatria* (1916-17), Freud diz que os conceitos psicanalíticos eram empíricos e não um sistema especulativo, deveriam ser considerados uma expressão direta das observações ou frutos de um processo consistente e exaustivo de trabalho sobre essas observações. Outro exemplo pode ser retirado da introdução do caso do pequeno Hans em que Freud (1909) dizia encorajar os seus alunos e amigos à reunir observações da vida sexual das crianças para servirem de prova mais direta sobre a sua teoria dos desejos sexuais infantis.

Recolhe-se, ainda, o primeiro parágrafo de *Pulsão e suas Vicissitudes* (1915) no qual Freud elenca os momentos constitutivos do fazer científico - descrição dos fenômenos, seu agrupamento, sua classificação e sua correlação, enfatizando que não existe uma observação ou descrição do fenômeno que não inclua já alguma ideia abstrata do observador. Para Freud, os conceitos básicos da ciência eram, portanto, constituídos de observação e de ideias. Essas ideias, que fazem parte dos conceitos da ciência, são, ele esclarece, as convenções. Essas convenções, ao serem novamente submetidas ao campo observacional, tornam-se definições, caso se tenham mostrado úteis e coerentes. Entretanto, ele adverte: “o avanço do conhecimento, contudo, não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições” (FREUD, 1915/1976b, p. 137).

Portanto, arrisca-se a dizer que o método em Freud reúne especulação e experimentação. Freud termina esse parágrafo afirmando ainda que a física proporciona uma excelente ilustração da forma como as definições estão sendo constantemente alteradas em seu conteúdo.

A partir dos estudos de Freud, pode-se dizer que a psicanálise sempre trabalhou com sinais ou indicadores indiretos. A Pesquisa IRDI, portanto, não fere a psicanálise e o espírito psicanalítico do uso de indicadores.

O uso de indicadores pode então ser pensado não como uma cientificização da psicanálise, mas como uma tentativa de tradução da psicanálise que a torne

transmissível, e com a condição de que essa transmissão se faça na transferência. Por isso, o uso dos indicadores está associado a um momento de transmissão teórica de noções ou conceitos de fundamento psicanalítico.

O uso de indicadores também vai ao encontro do que Hanns (2000) afirmou ser o campo "dinâmico-tendencial", ao qual a psicanálise pertence. Tal denominação justifica-se pelo fato de a psicanálise constituir, segundo esse autor, um campo que lida com muitas variáveis, portanto seria dinâmico, cujas articulações permitem destacar tendências, e não fazer previsões. Esse modelo seria o mais adequado para a testagem e a avaliação das dimensões psicodinâmicas em contraposição ao modelo médico de redução, quantificação e controle de variáveis.

Hanns é defensor do uso desse método científico para a produção de pesquisas de orientação psicanalítica (trabalhos empíricos) visando a um diálogo com os demais campos do conhecimento e não o recuo a "recortes metafóricos" (p. 181), o "refúgio na arte" ou "tentar criar uma epistemologia exclusiva imaginando que se participarem do jogo científico terão de abdicar da especificidade de suas práticas" (p. 183).

Recuar no debate com outros campos e rejeitar o formato científico hegemônico é, para Hanns marginalizar a psicanálise.

Num movimento inverso, Hanns nos diz que é possível estabelecer relações entre a teoria e a prática por meio do teste de tendências em amostras suficientemente grandes que permitem falsear ou não as hipóteses da teoria psicanalítica. Também é possível mesclar análises de "microcorrelações verificáveis com regressões de macrotendências" (p. 188) e enquadrar cientificamente, mantendo certa flexibilidade, as hipóteses mais especulativas sobre eventos passados.

A Pesquisa IRDI insere-se nesse movimento defendido por Hanns. Ela não é uma experimentação da psicanálise, como alguns alegaram, mas, a tentativa de estabelecer e demonstrar tendências de alguns fenômenos psíquicos para que pudessem ser inseridos numa prática diversa da psicanalítica. Também, mesclou "microcorrelações" verificáveis (os próprios indicadores) com regressões "macrotendências" (as sintomatologias aos três anos de idade).

Esteve por trás dos objetivos da Pesquisa IRDI a demonstração, para os profissionais da área médica (e por que não dizer para a medicina) de que os mecanismos psíquicos são experiências psíquicas que se distinguem das

experiências físicas por possuírem significação e que a primeira dimensão dessa experiência psíquica é intersubjetiva. Junta-se a essa demonstração a sutil, mas fundamental concepção de que não é somente a experiência que antecede a que prepara a experiência que sucede: há uma gênese lógico-estrutural do psiquismo humano.

Outro argumento contra a Pesquisa IRDI seria a de que ela não se atém à “doutrina” psicanalítica porque se utiliza de termos que vêm da área médica: capacitação, subjetividade, padronização, validação, entre outros. Entretanto, a Pesquisa IRDI utilizou dados e evidências de outras áreas numa “convergência interdisciplinar” (Hanns, 2000, p. 196) para comparações e reformulações da teoria. Isso é possível, salienta Hanns, quando há “gomos comuns” ou “superposições” (p. 197) entre os fenômenos. Ou seja, a Pesquisa IRDI não utilizou a linguagem médica para formalizar e padronizar as teorias e práticas que abrangem o “psicodinâmico”.

É nesse sentido, proposto por Hanns, que a conceituação e os fundamentos da pesquisa são psicanalíticos, mas as metodologias utilizadas foram aquelas que possibilitaram a “convergência interdisciplinar”.

Para Hanns (2000), é necessário entender o jogo científico e esforçar-se por explicar cada fenômeno, os mecanismos combinatórios intrapsíquicos, os critérios de sua aferição e de sua evolução para mostrar a consistência da teoria para explicar a prática porque, segundo ele: “[...] é só a partir do debate que as teorias se oxigenam e os corpos teóricos se constituem. Se os psicoterapeutas psicodinâmicos e em especial os psicanalistas não o fizerem outros o farão à sua revelia [...]” (p. 203).

A ideia de “interações da psicanálise” de Mijolla-Mellor encontra paralelo com a ideia de “convergência interdisciplinar” de Hanns ao destacar-se que está em jogo as noções comuns de preservação da heterogeneidade e da pluralidade ao mesmo tempo em que se vislumbra uma complementação possível entre os corpos teóricos.

Neste ponto da argumentação, é possível levantar uma objeção: como articular uma proposta de utilização de indicadores com o pressuposto psicanalítico segundo o qual não existe prevenção de transtornos psicopatológicos? Em psicanálise não existe a definição de uma causa apriorística, ou mesmo uma lógica de causa e efeito, uma vez que aquilo que faz marca para um sujeito pode não o fazer para outro.

A essa objeção, Jerusalinsky¹⁷ respondeu apontando que a lógica dos indicadores é aquela do acontecimento e suas consequências.

Em se tratando de acontecimentos, eles carregam uma significação subjetiva que o conceito de causa não possui. E a substituição do termo efeito pelo termo consequência implica que se determina, nesse ponto, a abertura de uma nova experiência para o sujeito em questão (JERUSALINSKY¹⁷).

Dessa forma, também se tomou o cuidado (por meio da transmissão, da aplicação dos indicadores ao longo do tempo de 18 meses) para que os indicadores não fossem interpretados como uma técnica de verificação da constituição psíquica. A aplicação de uma técnica, diz Vorcaro (2008), pressupõe a detenção de um conhecimento que universaliza o objeto e, conseqüentemente, apaga sua manifestação singular.

Propõe-se, portanto, por meio dos indicadores, o que Hanns denominou “utilidade de certas hipóteses como organizadores conceituais de natureza sistêmica, isto é, o conceito permite operar com as correlações inter-conjuntos de variáveis que são mais fortes do que as correlações intra-conjuntos” (HANNIS, 2000, p. 198). Nesse sentido, os indicadores podem fazer previsões de tendências e sugerir intervenções.

Articula-se às noções de acontecimentos e suas consequências, a concepção de *sobredeterminação* dos fenômenos psíquicos em que se atribui o inter-relacionamento interativo e complexo de numerosos processos no desencadeamento do fenômeno psíquico (PACHECO FILHO, 2000).

Os autores contemporâneos que trabalham com a clínica de crianças autistas também dizem que há sinais que indicam que as estruturações necessárias ao estabelecimento do aparelho psíquico não estão se fazendo e esses sinais permitem prever um risco de evolução autística bem antes de surgirem os primeiros sintomas da própria síndrome.

Concordamos com Vorcaro (2008) quando essa autora, em contraposição à noção de experimentação, propõe uma prática de *exaustividade* para a psicanálise, que permita expor à refutação aquilo que registramos e analisamos. A exaustividade no tratamento dos dados recolhidos e construídos pelos psicanalistas é, para a autora, o único meio de fazer pesquisa em psicanálise. Esse foi o caminho seguido pela pesquisa IRDI.

¹⁷ Comunicação pessoal: *Aspectos metodológicos. Documento para fundamentar a pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. Separata Inédita.

Os fundamentos das questões metodológicas em psicanálise não são um consenso, assim como não há consenso a respeito do tema da sua cientificidade. (PACHECO FILHO, 2000). Neste trabalho, apoiamo-nos em alguns autores para definir um caminho de leitura sobre essas questões.

Também concordamos com Dunker (2006) e Pacheco Filho (2000) em que a psicanálise trouxe para a investigação científica dos fatos psíquicos sentidos novos e originais para o que se entende por objetividade ou reprodutibilidade (ou replicabilidade) em ciência.

Hoje em dia, há um discurso hegemônico, de natureza empírica, objetiva, constatável e reprodutível, que delibera sobre a legitimidade das metodologias e mesmo das proposições teóricas. O discurso hegemônico é o da ciência médica, considerado o modelo de ciência na atualidade.

Se por um lado há um discurso hegemônico, por outro, a simples justaposição de discursos científicos, oriundos de diversas abordagens, para a definição, por exemplo, do que seria o homem (inserindo-se o sujeito do desejo) resulta num ecletismo ingênuo (PEREIRA, 2000).

A Pesquisa IRDI não utilizou o método psicanalítico, *stricto sensu*, compreendido como a escuta e interpretação do sujeito do desejo possível por meio dos efeitos da transferência na relação terapêutica. Mas fez uso do método da transferência nas relações que se estabeleceram na pesquisa, seja na relação do médico com o psicanalista na situação da capacitação ou formação, seja na relação do psicanalista com a família da criança avaliada aos três anos.

Fundamenta-se a utilização do método clínico na construção dos indicadores e na avaliação aos três anos. No primeiro caso, a experiência clínica dos pesquisadores, em conjunto com a extensa produção teórica sobre o assunto, foram os substratos dessa construção. No segundo caso, as avaliações, para além de toda padronização, exaustão investigativa e classificação sintomática, deram-se sob o pano de fundo de uma consulta/entrevista clínica.

Pode-se alegar que o método clínico perde, na Pesquisa IRDI, sua principal característica de abarcar a singularidade, já que não se trata de um estudo sobre os sujeitos ou dos sujeitos, mas é o estudo de uma amostra, de um conjunto de crianças. E, pode-se acrescentar que dessa forma a Pesquisa IRDI se distancia da psicanálise ao propor a utilização de um único método que submete todos os casos.

A esses argumentos podem-se contrapor duas respostas. A primeira é que,

de fato, não se trata, na pesquisa IRDI, da clínica do singular, mas da clínica também entendida como a experiência sobre o conjunto composto de cada um dos casos. A segunda é que a pesquisa não tinha como foco uma intervenção sobre os sujeitos-crianças, mas sobre os sujeitos-médicos. Ou seja, retomando o resultado final da pesquisa: os indicadores foram validados para *uso* pediátrico: eles são capazes de predizer sinais de risco na clínica médica. O deslocamento de foco é aqui importante para destacar que é da clínica que se trata. Ou melhor, sobre a semiologia clínica.

A clínica, qualquer que seja ela, adota como fundamento uma semiologia, ou seja, uma classificação e organização dos signos, índices, sintomas e traços que se apresentam com diferenças significativas ao olhar clínico. Classificar significa construir as semelhanças que se repetem de modo a incluí-las num conjunto ou classe. A semiologia é, assim, a ciência dos signos ou uma linguagem dos signos clínicos, isto é, uma prática de leitura. E nesse ponto a clínica médica e a clínica psicanalítica distanciaram-se (DUNKER, 2001).

Na clínica médica, a relação entre os signos e seus referentes deve ser estável e os signos devem se apresentar imediatamente legíveis na relação entre o olhar do clínico e o corpo do doente. Em direção oposta, a clínica psicanalítica ampara-se na escuta e na leitura. Além disso, não trabalha com o ordenamento, a classificação e o significado unívoco dos signos. A semiologia psicanalítica trabalha com uma perspectiva específica e diferente sobre o entendimento do funcionamento dos signos. Eles são considerados traços que mantêm entre si uma ligação singular e instável que obedece à causalidade do desejo, como define Dunker (2001):

Abandonando o sistema de chave fixa, que prescrevia uma estabilidade do signo em relação ao seu referente, Freud se interessará justamente pelo caráter singular e instável da ligação entre o significante e o significado e pelo aspecto multifacetado e temporal da produção da significação (p. 98).

Tome-se um exemplo dessa ligação instável e singular entre os indicadores. Em um estudo realizado em uma creche de Curitiba, no qual os indicadores foram adaptados para uso pelas educadoras, verificou-se que o indicador 1 – o educador sabe o que a criança quer – apareceu com uma frequência muito alta, ou seja, estava muito presente. Ao mesmo tempo, o indicador 4 – a educadora aguarda a reação da criança – quase não apareceu. Se a presença do indicador 1 é muito importante porque indica estar em marcha a suposição de um sujeito, sua

associação com o baixo surgimento do indicador 4 indica outra coisa: os educadores estariam talvez se antecipando demasiadamente ao bebê e dando pouco espaço para suas respostas de sujeito. “Saber o que os bebês querem” adquire neste contexto uma significação “autoritária” surgida na dependência da frequência de outro indicador, e portanto não absoluta. As significações dos indicadores, nesse sentido, podem e devem ser instáveis (BERNARDINO, 2010)¹⁸.

As noções de etiologia, de diagnóstica, de tratamento, de sintoma e de doença também são diversas se compararmos as duas clínicas, uma vez que a estrutura sobre a qual cada clínica se organiza é diversa. E a Pesquisa IRDI preservou os sentidos desses elementos constituintes da clínica psicanalítica. Por exemplo, apesar da possível crítica de se ter recorrido a uma classificação dos sintomas clínicos das crianças aos três anos, pergunta-se: os sintomas (e, portanto, uma diagnóstica) não foram recolhidos das manifestações das crianças e de seus pais na relação com o entrevistador psicanalista? Não se trata, portanto, de uma diagnóstica que levou em consideração a produção dos sujeitos? Parte-se da clínica no deciframento dos sintomas. Distancia-se dela no estabelecimento do próprio desfecho em que os sintomas não mais diziam respeito à amostra (composta pelo grupo de bebês – de zero a 18 meses – e pelo grupo de crianças com três anos). Novamente, no cuidado com os princípios psicanalíticos, no momento do distanciamento clínico e da generalização, a pesquisa destaca a noção de risco em contraposição à de uma psicopatologia instaurada.

Propõe-se, portanto, considerar que a utilização de diferentes métodos não se contrapõe à semiologia psicanalítica, considerada como semiologia da linguagem. A psicanálise não é uma só modalidade de investigação e sua referência metodológica não é única. Essa diversidade e heterogeneidade constitutiva colocam a psicanálise em posição de interagir com as demais disciplinas e progredir por meio dessa diversidade e heterogeneidade de fontes, como propõe Mijolla.

Pode-se dizer que metodologia de uso dos indicadores na Pesquisa IRDI fez uma mediação entre o método clínico e o experimental sem descaracterizar a psicanálise. Considera-se, portanto, que essa Pesquisa tem o mérito de conseguir uma tradução do fazer psicanalítico sem se curvar à linguagem médica e a sua epistemologia.

¹⁸ Trabalho apresentado pelo PROPAL, da PUC-Paraná, com a coordenação da Profa. Dra. Leda M.F. Bernardino, na “Jornada sobre Autismo e outros riscos psíquicos na primeira infância”, no dia 10 de abril de 2010.

Podemos citar Alberti (2000), para quem “[...] *o que a psicanálise tem a oferecer à medicina é o espelho do que, no fundo, a medicina é: a flor de que falava Lacan [...]*” (p. 50). A psicanálise pode servir à medicina para que ela reencontre o que corre o risco de perder.

5 RESULTADOS DA PESQUISA IRDI: NOVAS LEITURAS

5.1 Resultados Gerais e da Amostra de 130 Crianças da Pesquisa IRDI

A análise da validação dos Indicadores foi realizada com base nos resultados obtidos na AP3. Essa análise de validação foi feita de duas formas: considerando o instrumento como um todo e tomando cada um dos 31 indicadores isoladamente.

Também foram extraídos conjuntos de indicadores (fatores) em cada período mediante uma Análise de Componentes Principais (ACP) e posteriormente estudados segundo a sua capacidade preditiva de risco psíquico e problemas de desenvolvimento.

A análise estatística apontou que o IRDI como um todo possui uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico e dessa forma, podem ser utilizados por pediatras nas consultas de rotina.

Entretanto, um grupo de indicadores, após análise estatística fatorial, tiver correlação significativa para prever risco psíquico. São eles os indicadores; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16, 22, 23, 24, 26 e 30 (KUPFER et al., 2009). Esse conjunto de 15 indicadores pode, portanto, ser utilizado para uma detecção precoce e uma prevenção de possíveis riscos ou entraves na constituição psíquica.

Além dos seus resultados de validação, a Pesquisa Multicêntrica IRDI forneceu um panorama a respeito das sintomatologias que afetaram o conjunto composto pelas 287 crianças com três anos de idade avaliadas clinicamente por meio de um instrumento fundamentado na psicanálise, a AP3 (KUPFER et al., 2009). Este conjunto de 15 indicadores pode, portanto, ser utilizado para uma detecção precoce e uma prevenção possível de riscos ou entraves na constituição psíquica.

Além dos resultados de validação, a Pesquisa Multicêntrica IRDI forneceu um panorama das sintomatologias que afetaram o conjunto composto pelas 287 crianças com três anos de idade avaliadas clinicamente por intermédio de um instrumento fundamentado na psicanálise, a avaliação psicanalítica aos três anos – a AP3 (KUPFER et al., 2009).

Dentre os resultados obtidos pela pesquisa IRDI, encontram-se aqueles relacionados com um subgrupo/subamostra de 130 crianças que foram seguidas longitudinalmente – ou seja, após 18 meses tiveram todos os indicadores preenchidos (protocolo IRDI completo) - e que também foram avaliadas aos três anos de idade.

Na Tabela 1 observamos a distribuição das 130 crianças seguidas pelos 11 centros que participaram da Pesquisa Multicêntrica. Da amostra inicial de 727 crianças da Pesquisa Multicêntrica, 318 (43,74%) delas iniciaram a pesquisa entre zero e quatro meses de idade. Nessa amostra, 188 (59,12%) crianças não foram seguidas e 130 (40,88%) foram seguidas ao longo dos 18 meses de idade (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição das crianças de zero a quatro meses que foram seguidas até 18 meses pelos centros

Centro	Número de crianças avaliadas		Total (%)
	Período de 0 a 4 meses e não seguido (%)	Período de 0 a 4 meses e seguido até 18 meses (%)	
Belém - PA	25 (13,3%)	17 (13,1%)	42 (13,2%)
Brasília - DF	36 (19,1%)	12 (9,2%)	48 (15,1%)
Porto Alegre - RS	18 (9,6%)	27 (20,8%)	45 (14,2%)
Fortaleza - CE	10 (5,3%)	2 (1,5%)	12 (3,8%)
Recife - PE	6 (3,2%)	0 (0,0%)	6 (1,9%)
Salvador - BA	7 (3,7%)	7 (5,4%)	14 (4,4%)
Butantã - SP	18 (9,6%)	16 (12,3%)	34 (10,7%)
Hospital Universitário- SP	6 (3,2%)	14 (10,8%)	20 (6,3%)
Paraisópolis - SP	27 (14,4%)	23 (17,7%)	50 (15,7%)
Curitiba - PR	21 (11,2%)	12 (9,2%)	33 (10,4%)
Rio de Janeiro - RJ	14 (7,4%)	0 (0,0%)	14 (4,4%)
Total	188 (100,0%)	130 (100,0%)	318 (100,0%)

Tabela 2 - Número e porcentual de crianças que entraram na Pesquisa Multicêntrica na primeira faixa etária (0 a 4 meses) e foram seguidas ou não por 18 meses

	Frequência	Porcentual	Porcentual acumulado
Avaliado no período de 0 a 4 meses e não seguido	188	59,1	59,1
Avaliado no período de 0 a 4 meses e seguido até 18 meses	130	40,9	100,0
Total	318	100,0	

A comparação das características clínicas e demográficas da amostra (Tabela 3) revela a inexistência de diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (seguidas e não seguidas ao longo dos 18 meses) quanto as suas características de gestação e perinatais, exceto para a variável idade materna. De modo geral, as mães das crianças apresentaram uma média de escolaridade maior que 8,2 anos de estudo, tiveram uma idade gestacional entre 34 e 40 semanas e realizaram entre sete e nove consultas de pré-natal. Entre as crianças, 52,5% do gênero masculino e 47,5% são do gênero feminino, nasceram com peso entre 2501 e 3500 quilos, foram amamentadas (amamentação exclusiva) de cinco a seis meses e eram o primeiro filho.

Tabela 3 - Comparação das variáveis demográficas e clínicas das amostras de crianças de 0 a 4 meses seguidas e não seguidas ao longo de 18 meses

		Identifica caso avaliados em 0 e 4 meses seguidos ou não por 18 meses			Total
		Avaliado no período			
		De 0 a 4 meses e não seguido	De 0 a 4 meses e seguido até 18 meses	De 0 a 4 meses e não seguido	
Gênero	Masculino	n	99	68	167
		%	52,7%	52,3%	52,5%
	Feminino	n	89	62	151
		%	47,3%	47,7%	47,5%
Total	n	188	130	318	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Idade gestacional (Binned)	27 a 33	n	17	12	29
		%	9,0%	9,2%	9,1%
	34 a 40	n	145	96	241
		%	77,1%	73,8%	75,8%
	41 a +	n	20	15	35
		%	10,6%	11,5%	11,0%
	Sem dado	n	6	7	13
		%	3,2%	5,4%	4,1%
Total	n	188	130	318	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Peso ao nascer (Binned)	780 a 2500	n	35	23	58
		%	18,7%	17,8%	18,4%
	2501 a 3500	n	113	81	194
		%	60,4%	62,8%	61,4%
	3501 a 5280	n	39	25	64
		%	20,9%	19,4%	20,3%
Total	n	187	129	316	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Posição que ocupa na família (Binned)	1º filho	n	105	63	168
		%	56,1%	49,2%	53,3%
	2º filho	n	49	45	94
		%	26,2%	35,2%	29,8%
	3º a 11º filho	n	33	20	53
		%	17,6%	15,6%	16,8%
Total	n	187	128	315	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Meses de amamentação exclusiva (Binned)	≤ 0	n	25	18	43
		%	15,6%	14,8%	15,2%
	1 - 4	n	68	41	109
		%	42,5%	33,6%	38,7%
	5 - 6	n	63	60	123
		%	39,4%	49,2%	43,6%
7+	n	4	3	7	
	%	2,5%	2,5%	2,5%	
Total	n	160	122	282	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Continua

		Identifica caso avaliados em 0 e 4 meses seguidos ou não por 18 meses			Total
		Avaliado no período			
		De 0 a 4 meses e não seguido	De 0 a 4 meses e seguido até 18 meses	De 0 a 4 meses e não seguido	
Meses até o desmame (Binned)	≤ 0	n	18	12	30
		%	14,9%	12,9%	14,0%
	1 - 4	n	28	24	52
		%	23,1%	25,8%	24,3%
	5 - 8	n	30	21	51
		%	24,8%	22,6%	23,8%
	9 - 12	n	24	19	43
		%	19,8%	20,4%	20,1%
Total	13 - 21	n	21	12	33
		%	17,4%	12,9%	15,4%
Total	22 a 36	n	0	5	5
		%	0,0%	5,4%	2,3%
Total		n	121	93	214
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Idade da mãe (Binned)	≤ 18	n	31	11	42
		%	16,7%	8,5%	13,3%
	19 - 26	n	88	49	137
		%	47,3%	37,7%	43,4%
	26 - 35	n	61	54	115
		%	32,8%	41,5%	36,4%
	36+	n	6	16	22
		%	3,2%	12,3%	7,0%
Total		n	186	130	316
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Nº de consultas Pré-natal (Binned)	≤ 18	n	31	11	42
		%	16,7%	8,5%	13,3%
	19 - 26	n	88	49	137
		%	47,3%	37,7%	43,4%
	26 - 35	n	61	54	115
		%	32,8%	41,5%	36,4%
	36+	n	6	16	22
		%	3,2%	12,3%	7,0%
Total		n	186	130	316
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Pode-se dizer, a partir da ausência de diferenças entre os dois grupos, que a amostra seguida foi aleatória e que as variáveis externas (clínicas e demográficas) não influenciaram o comportamento dos indicadores clínicos de risco.

Na amostra das 130 crianças seguidas ao longo dos 18 meses de idade, 69 (53,1%) são de crianças consideradas *caso* (com dois ou mais indicadores ausentes) e 61 (46,9%) são de crianças consideradas *controle* (apresentaram um ou nenhum indicador ausente), (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de crianças caso (dois ou mais indicadores ausentes) e controle (zero ou um indicador ausente) da amostra das 130 crianças seguidas ao longo dos 18 meses

	Frequência	Porcentual	Porcentual acumulado
Caso	69	53,1	53,1
Controle	61	46,9	100,0
Total	130	100,0	

Nessa amostra de 130 crianças seguidas ao longo dos 18 meses, somente quatro delas não foram avaliadas aos três anos de idade (Tabela 5).

Tabela 5 - Número de crianças caso e controle seguidos e não avaliados aos três anos

	Avaliados aos 3 anos		Total
	Não	Sim	Não
Caso	3 75,0%	66 52,4%	69 53,1%
Controle	1 25,0%	60 47,6%	61 46,9%
Total	4 100,0%	126 100,0%	130 100,0%

Em relação ao desfecho clínico da Pesquisa multicêntrica, a Tabela 6 mostra que, das 69 crianças consideradas caso durante a avaliação nos 18 meses de vida, 27,9% (19 crianças) apresentaram risco psíquico aos três anos de idade e 73,5% (50 crianças) problemas para o desenvolvimento (resultados da avaliação psicanalítica aos três anos).

Esses dados apontam uma chance (risco estimado) de 1,6 (IC_{95%} 1,24 - 2,20) vez mais de as crianças que apresentaram dois ou mais indicadores ausentes terem risco psíquico e uma chance de (risco estimado) de 1,5 (IC_{95%} 1,04 - 2,24) vez mais de apresentarem problemas no seu desenvolvimento.

Tabela 6 - Número de caso e controle em relação ao risco psíquico e ao risco no desenvolvimento

			Caso	Controle	Total
Há risco psíquico	Presente	n	19	5	24
		%	27,9%	8,6%	19,0%
	Ausente	n	49	53	102
		%	72,1%	91,4%	81,0%
Total	n	68	58	126	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Há risco no desenvolvimento	Presente	n	50	31	81
		%	73,5%	53,4%	64,3%
	Ausente	n	18	27	45
		%	26,5%	46,6%	35,7%
Total	n	68	58	126	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Ainda em relação ao desfecho clínico da pesquisa, em comparação ao amostra total da Pesquisa IRDI, observa-se que a subamostra (130 crianças) do presente estudo apresenta o mesmo comportamento relacionado ao aparecimento de sintomas clínicos, (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7 - Frequência dos desfechos clínicos nas 287 crianças seguidas até os 3 anos de idade

Desfecho clínico - Eixos de sintomas	Frequência (%)
O brincar e a fantasia	34,3%
O corpo e sua imagem	51,4%
As respostas à lei e a posição frente à lei	29,3%
A posição na fala e na linguagem	31,4%

Tabela 8 - Frequência dos desfechos clínicos nas 130 crianças seguidas até os 3 anos de idade

Desfecho clínico - Eixos de sintomas	Frequência (%)
O brincar e a fantasia	31,7%
O corpo e sua imagem	50,8%
As respostas à lei e a posição frente à lei	33,3%
A posição na fala e na linguagem	31,0%

Foi feita a correlação de cada um dos nove indicadores que tiveram maior frequência como ausente (a partir de 10%) com os sintomas aos três anos de idade (Tabela 9).

Tabela 9 - Frequência de ausência dos 31 indicadores na amostra de 130 crianças

Indicador	Ausente (%)	Presente (%)
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer	6 (4,6%)	124 (95,4%)
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“mamanhês”)	1 (0,8%)	129 (99,2%)
3. A criança reage ao “mamanhês”	4 (3,1%)	126 (96,9%)
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação	6 (4,6%)	124 (95,4%)
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe	2 (1,5%)	128 (98,5%)
6. A criança começa a diferenciar o dia da noite	13 (10,0%)	117 (90,0%)
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	7 (5,4%)	123 (94,6%)
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta	5 (3,8%)	125 (96,2%)
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases	0	130 (100,0%)
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela	2 (1,5%)	128 (98,5%)
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe	2 (1,5%)	128 (98,5%)
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço	9 (6,9%)	121 (93,1%)
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	13 (10,0%)	117 (90,0%)
14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção	1 (0,8%)	129 (99,2%)
15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe	2 (1,5%)	128 (98,5%)
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa	2 (1,5%)	128 (98,5%)
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular	9 (6,9%)	21 (93,1%)
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela	32 (24,6%)	98 (75,4%)
19. A criança possui objetos prediletos	21 (16,2%)	109 (83,8%)
20. A criança faz gracinhas	2 (1,5%)	128 (98,5%)
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto	10 (7,7%)	120 (92,3%)
22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada	9 (6,9%)	121 (93,1%)
23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses	16 (12,3%)	114 (87,7%)
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas	20 (15,4%)	110 (84,6%)
25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno	10 (7,7%)	120 (92,3%)
26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede	17 (13,1%)	113 (86,9%)
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe	7 (5,4%)	123 (94,6%)
28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai	5 (3,8%)	125 (96,2%)
29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos	19 (14,6%)	111 (85,4%)
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança	13 (10,0%)	117 (90,0%)
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios	26 (20,0%)	104 (80,0%)

A partir desse cruzamento, obteve-se uma relação significativa (risco relativo) entre cada indicador e sintomas (desfecho clínico) demonstrada na Quadro 4. Destaca-se em negrito, da série de sintomas presentes nas crianças, aqueles que se relacionam (apresentam uma relação significativa) aos nove indicadores e que serão objetos de uma discussão.

Quadro 4 - Relação significativa entre indicador frequente como ausente e sintoma aos três anos

Indicador	Sintoma
6. (A criança começa a diferenciar o dia da noite) (ED/PA)	<ul style="list-style-type: none"> - I.1.(Agressividade no brincar) - I.2. (Ausência de enredo) - I.3. (Inibição) - I.5. (Emergência de angústia durante o brincar) - II.2. (<i>Agitação motora</i>) - II.4. (<i>Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina</i>) - II.6. (<i>Colagem no corpo da mãe</i>) - II.7a. (<i>Dificuldades alimentares: alimentação seletiva</i>) - II.10. (<i>Doenças de repetição: gripes, pneumonias, otites</i>) - II.13. (Exposição ao risco) - II.14. (<i>Necessidade do olhar do outro</i>) - III.5. (Falta de limites) - III.6. (Recusa da presença do terceiro) - III.7. (Recusa da lei)
13. (A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva) (ED/FP)	<ul style="list-style-type: none"> - I.1.(Agressividade no brincar) - I.2. (Ausência de enredo) - II.3. (Agressividade) - II.4. (<i>Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina</i>) - II.6. (<i>Colagem no corpo da mãe</i>) - II.7a. (<i>Dificuldades alimentares: alimentação seletiva</i>) - II.10. (<i>Doenças de repetição: gripes, pneumonias, otites</i>) - II.14. (<i>Necessidade do olhar do outro</i>) - III.1. (Birras) - III.2. (Criança tem que ser castigada para obedecer)
18. (A criança estranha pessoas desconhecidas para ela) (PA/FP)	<ul style="list-style-type: none"> - II.6 (<i>colagem ao corpo da mãe</i>) - III.7 (recusa da lei)
19. (A criança possui objetos prediletos) (ED/PA)	<ul style="list-style-type: none"> - I.2 (ausência de enredo no brincar) - II.10 (<i>doenças de repetição</i>) - II.13 (<i>exposição a riscos</i>) - III.7 (recusa da lei)

Continua

Continuação

Indicador	Sintoma
23. (A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses) (ED/PA/FP)	<ul style="list-style-type: none"> - I.2 (ausência de enredo no brincar) - II.3 (agressividade) - II.14 (<i>necessidade do olhar do outro</i>) - II.15 (passividade) - III.1 (birras) - III.7 (recusa da lei)
24. (A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas) (ED/PA/FP)	<ul style="list-style-type: none"> - I.2 (ausência de enredo no brincar) - II.4 (<i>Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina</i>)
26. (A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede) (FP)	<ul style="list-style-type: none"> - I.2 (ausência de enredo no brincar) - II.3 (agressividade) - II.4 (<i>Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina</i>) - II.10 (<i>doenças de repetição</i>) - II.14 (<i>necessidade do olhar do outro</i>)
29. (A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos) (FP)	<ul style="list-style-type: none"> - I.1 (agressividade no brincar) - I.2 (ausência de enredo no brincar) - II. 2. (<i>agitação motora</i>) - II.3 (agressividade) - II.10 (<i>doenças de repetição</i>) - III.7 (recusa da lei)
30. (Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança) (FP)	<ul style="list-style-type: none"> - I.2 (ausência de enredo no brincar) - I.5 (emergência de angústia no brincar) - II. 2. (<i>agitação motora</i>) - II.3 (agressividade) - II.4 (<i>Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina</i>) - II.10 (<i>doenças de repetição</i>) - II. 14 (<i>necessidade do olhar do outro</i>) - II.15 (passividade) - III.1 (birras) - III.5 (falta de limites) - III.6 (recusa da presença de terceiro) - III.7 (recusa da lei)
31. (A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios) (FP)	<ul style="list-style-type: none"> - II.15. (Passividade)

Os resultados da Pesquisa Multicêntrica IRDI sinalizam novas direções de pesquisa. Esses resultados precisam, porém, ser desdobrados e detalhados, sobretudo no que se referem aos efeitos das falhas na inscrição da função paterna.

5.2 Achados da Amostra de 130 Crianças

Dois estudos decorrentes já analisaram esses achados sobre as sintomatologias das crianças aos três anos, apontando para falhas na função paterna (BERNARDINO; KUPFER, 2008) e questões com a imagem corporal e hiperatividade (KUPFER; BERNARDINO, 2009) que se relacionam, por sua vez, com as queixas familiares e com as sintomatologias desenvolvidas pelas crianças na atualidade.

O primeiro estudo (BERNARDINO; KUPFER, 2008) conclui que os resultados da pesquisa – 46% das crianças avaliadas aos três anos de idade apresentaram sintomas no eixo “manifestações perante as normas e posição frente à lei”, distribuídos em “ter necessidade de castigos corporais para obedecer”, “não respeitar limites”, “apresentar confusão e angústia frente à lei” e “apresentar birras prolongadas” – apontam na mesma direção de dados clínicos que mostram que a criança moderna está sofrendo os efeitos da dificuldade da família em transmitir a Lei organizadora da cultura e da organização psíquica (p. 672). Isso porque, o discurso social não mais apoia nem sustenta a família na transmissão da falta ao exaltar o consumo, o ter, as imagens (deslocando os sujeitos, principalmente os infantis, para a posição de objetos), e vem promovendo um jogo “perverso”, segundo as autoras, no qual a criança é colocada no lugar de promover o gozo dos pais (p. 675).

O segundo estudo (KUPFER; BERNARDINO, 2009) articula os achados da pesquisa às relações entre construção da imagem corporal, função paterna e o que se denomina atualmente hiperatividade e considera que essa última deva ser entendida como um sintoma psicanalítico que diz sobre as respostas da criança frente às falhas do registro simbólico na organização do seu corpo.

Entretanto, há novas evidências nos dados empíricos que serão elucidadas e analisadas no estudo da amostra de 130 crianças.

Os dados do acompanhamento das 130 crianças, após as análises estatísticas realizadas, apontaram para a existência de um grupo (componente ou fator) de indicadores com maior poder preditivo composto por indicadores da última faixa etária (12 a 18 meses) cujo eixo teórico predominante é função paterna. Ressalta-se que esse mesmo conjunto de indicadores apresentou o mesmo comportamento na Pesquisa Multicêntrica IRDI: eles também se comportaram como o conjunto de maior poder preditivo (KUPFER et al., 2009).

Na análise detalhada da relação significativa entre a ausência de cada um dos indicadores desse forte fator e o aparecimento de sintomatologia ulterior (aos três anos de idade) obtivemos uma tendência entre falhas na incidência do eixo da função paterna e o aparecimento do sintoma “ausência de enredo no brincar (que se refere ao eixo “O brincar e a fantasia”), do sintoma “agressividade (que se refere ao eixo “O corpo e sua imagem”), e do sintoma “recusa da lei”, correspondente ao eixo “Manifestação diante das normas e posição frente à Lei”.

Diante desses resultados, é importante tentar fundamentá-los para uma compreensão do significado dessas sintomatologias infantis.

5.2.1 Função paterna e agressividade

Para a compreensão da problemática da agressividade na criança de hoje, deve-se percorrer o que os teóricos da psicanálise já disseram sobre o assunto.

O tema da agressividade encontra-se presente em vários textos de Freud. Será feito um levantamento de como ele aparece na obra do autor para em seguida centrar a atenção em alguns dos textos selecionados para a compreensão teórica da articulação entre função paterna e agressividade.

Freud aborda inicialmente a agressividade pelo viés da repressão, do desvio ou da resistência. No texto *Estudos sobre a histeria* (1893-95), ele a relaciona com a ação de desviar o que é sexual, isto é, aquilo que está em desacordo com a consciência e não pode ser aceito por ela. Em seguida, no Caso do Pequeno Hans (1909), articula agressividade e sintoma. Essa visão também aparece no *texto Repressão* (1915/1976a).

No texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), Freud remete a agressividade a uma das fases do desenvolvimento das pulsões parciais, a fase sádico-anal: “[...] assim, o sadismo corresponderia a um componente agressivo do instinto sexual que se tornou independente e exagerado e, por deslocamento, usurpou a posição de liderança” (p. 262). Posteriormente, no texto “O problema econômico do masoquismo (1924)”, a agressividade articula-se à oposição entre pulsão de vida e pulsão de morte, especificamente com a parcela da pulsão de morte que fica a serviço da pulsão de vida e é desviada para o exterior.

A relação da agressividade continua a ter desdobramentos na articulação com as instâncias psíquicas. Nos textos *Pulsões e destinos de pulsões* (1915/2004), *O eu e o isso* (1923) e *Mal-estar na civilização* [1930 (1929)], a agressividade passa a estar presente também no próprio campo do sujeito (na libido), nas relações das diferentes instâncias psíquicas. Há também diversas formas de sua expressão: como violência, destruição e autodestruição.

Interessa-nos, em particular, uma abordagem complementar da agressividade que aparece nos textos freudianos articulada com o outro, com o estranho e a autoridade.

No texto *Chistes e sua relação com o inconsciente* (1905), Freud escreve sobre a agressividade pelo viés do desvio, da defesa ou da resistência. Entretanto, Freud também a associa com o outro, o inimigo: “[...] tornando nosso inimigo pequeno, inferior, desprezível ou cômico, conseguimos, por linhas transversais, o prazer de vencê-lo[...].” (p. 113). E, ainda, relaciona a agressividade com a autoridade, com a hostilidade brutal do clã contra o pai, que foi proibida por lei.

Em seguida, Freud, em *Tabu da virgindade* [1918(1917)], a relação da agressividade com o outro se desdobra no perigo representado pelas pequenas diferenças, pelo diferente e pelo estranho: “[...] receio das mulheres que se baseia no fato de as mulheres serem diferentes dos homens, incompreensíveis, misteriosas, estranhas e, portanto, aparentemente hostis [...]” (p. 184).

Os desdobramentos dessa relação entre o sujeito, o outro e a agressividade desembocam no narcisismo primário e no conceito do duplo, estranho familiar que aparecem no texto sobre o estranho (1919).

O texto sobre o estranho é desenvolvido a partir da análise que Freud faz da história do Homem de Areia de Hoffman. Fica clara a associação que Freud estabelece entre a relação do menino com o pai (autoridade), as identificações

imaginárias e o complexo de castração. Na história, o personagem principal, que no início é ainda um menino, resolve descobrir quem é o Homem de Areia, figura enunciada por sua mãe, que mandava os filhos para o quarto prevenindo-os de que o homem de areia estava chegando, nos dias em que o pai recebia uma visita importante e pela babá que completava as características desse Homem de Areia como sendo aquele que jogava areia nos olhos das crianças fazendo-os saltar. O menino esconde-se no escritório do pai para ver quem era o misterioso visitante-homem de areia e, a partir de então, há todo um desenrolar fantástico (imaginário) na história que vai entrelaçando as figuras de autoridade – o pai, o advogado, o oculista – com a identificação e a agressividade. O advogado quer queimar os olhos do menino intruso com as brasas da lareira, o pai morre um ano depois num incêndio no mesmo escritório e a morte do personagem causada pela visão do advogado.

Para finalizar o tema do estranho, Freud remete também ao Duplo e este está associado, primeiramente ao narcisismo primário, ao “amor próprio ilimitado” (p. 294), à alma imortal e, conseqüentemente, “transforma-se em estranho anunciador da morte” (p. 294). Também está associado à própria divisão do sujeito e, então, o estranho é “algo que deveria ter permanecido oculto, mas veio à luz” (p. 301).

A análise de Koltai sobre o tema do estrangeiro a partir desse texto de Freud é esclarecedora:

A inquietante estranheza surge no espaço virtual que se situa entre o momento em que a imagem especular surge enquanto outro, objeto de rivalidade, e aquele em que se reconhece que a imagem não passa de seu duplo. É por isso que o encontro com o duplo é sempre assustador, o *Unheimlich* sendo tudo aquilo que deveria permanecer escondido nas sombras e se manifesta, tudo que deveria permanecer invisível e se torna visível. É uma regressão tópica a um momento pré-especular do não-separado. É uma especialização ilusória e alucinada de um “dentro”, que normalmente permanece selado pelo recalque estruturante, que representa o fechamento que separa o eu do outro (KOLTAI, 2000, p. 88).

Os textos de Lacan que abordam o tema da agressividade – “Complexos familiares”, “O estádio do espelho como formador do eu” e “Agressividade em psicanálise” – dão uma sustentação complementar à articulação freudiana da agressividade com os processos identificatórios (relação do Eu com o outro) e com a castração ou incidência da função paterna.

No texto sobre os “Complexos familiares”, Lacan introduz um segundo complexo denominado de “intrusão”. Esse último corresponde à identificação afetiva

manifestada no sentimento do ciúme fraterno. O irmão tem um papel traumatizante e ao mesmo tempo constitutivo: “o eu se constitui ao mesmo tempo que o outro no drama do ciúme” (LACAN, 1938/2003, p. 39). Nesse momento da teoria lacaniana, a agressividade já é vista como primordial e supõe uma identificação com o outro como semelhante.

O estágio do espelho passa a ser, na teoria lacaniana, o paradigma por meio do qual o autor nomeia o nascimento do eu (LACAN, 1949/1998) Pela condição de prematuridade, o bebê humano está exposto ao Outro. Isso quer dizer que é por meio da imagem do corpo do outro, através da identificação, que a criança poderá antecipar sua imagem unária e ter controle sobre seu corpo. A formação do Eu passa, necessariamente, pela imagem do outro. Pelo fato de esse outro lhe oferecer essa imagem unária, íntegra e coordenada, do ponto de vista libidinal, o bebê/criança passa a amar (a investir libidinalmente) esse outro porque vê na imagem o que lhe falta. Entretanto, há impasse e ambiguidade nessa relação entre o bebê/criança e o outro/imagem especular: a criança só pode se reconhecer através dessa imagem oferecida pelo outro, mas ao mesmo tempo precisa eliminar esse outro para ter acesso à sua própria imagem. Há uma relação de rivalidade com o outro.

No texto sobre agressividade em psicanálise, Lacan articula o narcisismo e a agressividade: “[...] a agressividade é a tendência correlacionada à maneira de identificação chamada narcisista que determina a estrutura formal do eu do homem e do registro de entidades características de seu mundo” (Lacan, 1948, p. 101). Segundo Lacan, não há identificação sem agressividade, tampouco agressividade sem identificação. Assim, a relação com o Outro é fundamentalmente agressiva, ainda que possa ser sublimada.

A partir dessa formulação de Lacan (1948), Ferrari (2006) diz: “[...] vinculada à estrutura do eu, a agressividade assume caráter permanente e faz com que o estágio do espelho constitua a paranoia estrutural do homem[...].” (p. 57). Entretanto, para Lacan, diz a autora, aquilo que é da ordem da agressividade pode chegar a ser simbolizado e captado pelo mecanismo do recalque; portanto, possível de ser interpretado. Será então o simbólico, ou o significante, o pacificador da agressividade. Sem esquecer que o simbólico também é, ao mesmo tempo, gerador de agressividade “[...] já que a estrutura da linguagem exige que o sujeito sacrifique algo de si, tal como ensina a teoria do falo e da angústia de castração simbólica [...]” (FERRARI, 2006, p. 59).

Com base no que foi visto acima, pode-se dizer, a partir de Freud e com Lacan, que a agressividade se relaciona com a condição subjetiva originária do corpo fragmentado. Essa fragmentação originária é fonte permanente de terror e horror e constitui a matriz das fantasias de morte no psiquismo (Birman, 2006). A defesa da pequena criança é aderir à imagem unária que o outro lhe oferece. A agressividade é a contrapartida da ameaça de fragmentação, uma forma primordial de defesa.

É na articulação entre os registros do imaginário e do simbólico que Lacan propõe uma saída para a questão da agressividade: na relação imaginária com o outro, a rivalidade e a agressividade se impõem como resultado da alienação: na relação simbólica estabelece-se a coexistência por meio de um pacto, pela mediação da linguagem que possibilita o acesso da criança à sua representação simbólica.

Para Lacan (1966/1998), o Outro é fundamental para definir os destinos da pulsão. É a presença do Outro que garante, a partir da sua função de espelho unificante e totalizante do corpo da criança e pela mediação da linguagem, as possibilidades de direcionar a angústia de fragmentação e ter acesso a uma representação de si.

Esse destino possível da agressividade proposto por Lacan é ilustrado na afirmação de Koltai (2000, p. 104):

Por se situar no registro do ser, a destrutividade humana é incondicional e só a palavra pode constituir uma barreira contra ela. Quando o sujeito passa ao ato, deixa de ser sujeito falante. Nessas ocasiões, de violência, não há mais subjetividade possível, o que temos é o desencadeamento do ódio e a manifestação da pulsão de morte. Para passar do ódio mortífero para o ciúme simpatizante é preciso passar pela palavra.

O Outro que possibilita a intermediação da agressividade pela via da simbolização (da linguagem) é aquele que incide sobre o sujeito na função de vetor que aponta para a (eficácia da) lei da cultura.

A compreensão das manifestações da criança – em particular a agressividade – deve ser remetida à articulação entre a estrutura que a recebe e lhe transmite as leis da cultura e a sua apropriação particular do vivido.

Nas crianças, esperam-se ainda certos escapes da pulsão diretamente em manifestações corporais, especialmente a faceta da agressividade ou hostilidade.

Entretanto, um olhar mais atento aos resultados da pesquisa aponta que não se trata desse escape fortuito e até mesmo esperado. As crianças estão produzindo um sintoma que se expressa na forma de agressividade.

Essa sintomatologia pode ser decifrada por meio dos indicadores clínicos: é possível precisar que a agressividade infantil resulta da dificuldade de entrada do pai no momento que Lacan denominou segundo tempo do Édipo, tempo em que ele começa a incidir nas brechas da alternância materna, quando essa começa a apontar à criança o campo do desejo.

Observa-se que a agressividade aparece como sintoma quando há ausência dos indicadores: “a criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva”, “a *mãe alterna* momentos de dedicação à criança com outros interesses”, “a *mãe* já não se sente mais obrigada a *satisfazer tudo* que a criança pede”, “a *mãe* começa a pedir à criança que nomeie o que *deseja*, não se contentando apenas com gestos” e, finalmente, “os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”.

Sabemos, a partir de Freud, que as relações de amor e ódio que a criança estabelece com as figuras parentais são as bases sobre as quais a sua sexualidade se ordenará – resultado da passagem pelos três tempos do Édipo. O momento mais delicado do Édipo é, segundo Lacan, a passagem do segundo para o terceiro tempo, onde a dialética da ausência e presença se impõe e, por meio dela, ocorre a incidência eficaz da função paterna.

Os sintomas agressivos das crianças nos indicam que a função paterna está falhando como vetor que aponta as saídas simbólicas para os conflitos imaginários. As crianças encontram-se “presas” na passagem do segundo para o terceiro tempo do Édipo o que traz consequências também para a construção da sua imagem corporal, uma vez que sabemos que o Édipo é indissociável do estágio do espelho.

5.2.2 Função paterna e brincar

A articulação apontada pelos resultados da pesquisa entre função paterna e brincar, especificamente, manifestações de agressividade e ausência de enredo no brincar associadas à ausência de indicadores da instalação da função paterna, nos remete a destrinchar a passagem pelo Édipo como o percurso ao longo do qual o objeto adquire seu estatuto simbólico.

Para Faria (2003), trata-se, no primeiro tempo do Édipo, de uma relação baseada na ilusão que a criança tem de ser o falo materno, uma ilusão que só se sustenta como identificação imaginária. É por isso que Lacan afirma que o sujeito se identifica especularmente com aquilo que é objeto de desejo de sua mãe. A criança tem a ilusão de ser esse objeto.

Entretanto, a mãe, enquanto um dos suportes da estrutura edípica, é um sujeito para o qual o pai já ocupa um lugar desde o início. Desta forma, a instância paterna é introduzida, de forma velada para a criança, através do Outro materno. Decorre daí o valor que o complexo de Édipo tem de transmitir um nome pelas vias do desejo materno.

No segundo momento do Édipo se dá a quebra da ilusão de que a mãe é fálica (a castração materna adquire valor para a criança): a mãe não é tudo nem pode tudo. Essa quebra é possível porque a mãe pode estar ou não presente (física e simbolicamente). A ausência, a falta materna, indica que há um desejo outro que não pela criança, e a alternância, a hiância, a mãe estar ou não presente, é capaz de situar para a criança um enigma em relação ao desejo materno. É porque a mãe se faz ausente que se instaura um enigma no lugar do desejo materno. A ausência oferece à criança a condição fundamental de inserção no campo simbólico porque a simbolização implica lidar com a presença na ausência, com uma representação quando o objeto falta. Uma ilustração desse momento é o jogo do *Fort-da* de Freud.

No Seminário IV, Lacan (1956-57/1995) diz que simbolizar é deixar de lidar com a ausência do objeto como desaparecimento e passar a tomá-lo como presença na ausência. Entretanto, não podemos esquecer que o campo simbólico ou ordem simbólica, já se faz presente para a criança mesmo antes da passagem pelo Édipo, ela é preexistente ao sujeito infantil. Entretanto, a criança (o sujeito) deverá se posicionar em relação a essa ordem simbólica que lhe é preexistente (Faria, 2003), e é disso que o Édipo trata.

É no terceiro tempo do Édipo que a função do pai se torna simbólica, assim como o falo. O Édipo é a estrutura simbólica que ordena a falta em termos de castração e como resultado da relação do sujeito com o real: *objeto a* é o resto não simbolizável, produto da operação de separação, que atesta o fato de que nem tudo é linguagem, de que há algo do sujeito não completamente redutível ao significante (FARIA, 2003).

Destacamos uma questão importante que é a conceituação do pai no segundo momento do Édipo, tanto em Freud como em Lacan: o pai aterrorizador, privador e perverso. Esse destaque é importante porque está relacionado à sintomatologia da agressividade no brincar apresentada pelas crianças.

Será em *Totem e Tabu*, de Freud (1913/1976), que o outro aparece na cena edípica como pai totêmico, ativo, perverso, devorador e sedutor. Mas não se trata de uma cena real, e sim de um recurso mítico utilizado por Freud. O texto de *Totem e Tabu* é resultado de uma pesquisa bibliográfica sobre antropologia cultural, no que se refere às origens das civilizações e ao incesto como ponto nodal da criação da civilização humana. O pai totêmico não respeita os filhos, não estabelece uma relação dialógica e de alteridade. Ele estabelece uma relação autoritária e não dialética. O paradigma da atitude agressiva é colocado nesse texto por Freud na relação do amor com a culpa. A agressividade humana não é a que se observa em outros animais, expressa na luta pela conservação da espécie. A agressividade é aquela inscrita na ordem social, referente à herança de uma lei a que o humano se submete e faz com que ele articule proibição, hostilidade e ética.

Para Lacan, o pai do segundo tempo do Édipo é o pai privador, o pai que castra. Ele é o representante de uma interdição. Entretanto, Lacan ressalta que esse pai proibidor é uma interpretação da criança. No terceiro tempo do Édipo, o pai adquire um novo estatuto: intervém como permissivo e doador porque está de posse de um objeto simbólico (FARIA, 2003).

Lacan identifica esse segundo tempo do Édipo com a formação imaginária decorrente do estágio do espelho, com a identificação narcísica e com a estruturação do eu, fundamentos da agressividade, como já mencionamos. A sublimação da agressividade se dará pela inscrição do simbólico, pela incidência da castração e pela palavra. Podemos acrescentar neste momento que na criança a possibilidade de sublimar a agressividade se dará tanto pelo brincar e pelos jogos como pela elaboração de enredos – esclarecedores de como se dá o ordenamento do simbólico pela metáfora paterna.

As sintomatologias de ausência de enredo e agressividade no brincar articuladas aos indicadores representantes da instalação da função paterna nos alertam para as insuficiências de recursos dessas crianças, um tanto pelo momento constitutivo pelo qual estão passando – em relação ao recalque – e outro tanto pela insuficiência do Outro na operação da metáfora paterna.

A passagem pelo Édipo, ou o processo da metáfora paterna, é a referência nodal (ou o que enoda) da participação do registro do imaginário no registro simbólico. Dor (1991b, p. 76) é esclarecedor:

O processo da metáfora paterna está estruturalmente ligado à situação edipiana, da qual ele constitui, de certa forma, o ápice resolutório. A expressão teórica que Lacan dá ao complexo de Édipo insiste em recentralizá-lo a significação no único registro em que Freud nos mostra que era inteligível. Esse registro faz parte não apenas do âmbito da captura imaginária, mas também do ponto de ancoragem onde essa captura imaginária se enlaça à dimensão do simbólico.

Se nessa passagem aquilo que seria o organizador, a função paterna, não opera de forma consistente, o imaginário e o simbólico também não ficam consistentemente atrelados ou amarrados. E a criança pode se ver, quando imersa no imaginário, diante de um pai privador e odiado, portanto que desperta a raiva e a agressividade nos filhos e destes entre si. Por outro lado, sem possibilidades de deslocar essa vivência imaginária e desprazerosa do corpo para o registro simbólico, a criança não pode dar nome a ela, dizer o que sente e, portanto, dar-lhe um outro destino que não seja o corporal, como por exemplo, construir uma estória com personagens que entram em combate.

Mas, precisamos explorar um pouco mais o significado do brincar na criança e sua articulação com a inscrição da função paterna.

Freud (1908/1976) pouco escreveu sobre o brincar. No texto “Escritores criativos e devaneios”, por exemplo, compara o brincar à obra literária no sentido de que ambos permitem a criação de um mundo próprio. Ou seja, a criança e o poeta conseguiriam, por meio dessas atividades, rearranjar as situações desprazerosas dos seus mundos, instaurando uma nova ordem prazerosa.

Em *Além do princípio do prazer* (1920/1976), o autor relaciona o jogo ou brincadeira do *Fort-da* (fazer aparecer e desaparecer o carretel) da pequena criança às cenas que ela vivencia, cotidianamente, das saídas e retornos da figura materna. Mais uma vez, está em consideração o trabalho que a criança faz em transformar as situações desprazerosas em prazerosas. É um trabalho no sentido duplo: a criança

coloca-se como ativa na situação (de sujeito), domina a ausência materna e inverte a situação em seu proveito. Freud ressalta a associação das saídas e retornos maternos com a brincadeira do *Fort-da* dessa pequena criança e a elaboração dessa situação desprazerosa porque, como ele mesmo diz, a criança poderia utilizar o carretel para outro fim, como se ele fosse um carrinho:

O menino tinha um carretel de madeira com um pedaço de cordão amarrado em volta dele. Nunca lhe ocorrera puxá-lo pelo chão atrás de si, por exemplo, e brincar com o carretel como se fosse um carro. O que ele fazia era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo que o menino proferia seu expressivo 'o-o-ó'. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e saudava o seu reaparecimento com um alegre 'da' (ali). (FREUD, 1920/1976, p.26)

Nesse jogo do *Fort-da*, chama a atenção de Freud o fato de que a criança mais jogava o carretel do que o fazia retornar. Entretanto, era o retorno do carretel o que causava prazer à criança. Junto ao jogo, associa-se a verbalização da criança: "o-o-ó", uma expressão que se referia à palavra em alemão *fort* (ir, partir) quando ela jogava o carretel e o alegre "da" quando o carretel reaparecia. Freud nos diz que o jogo do *Fort-da* de aparecimento e desaparecimento é uma simbolização da ausência materna, e nessa ausência a mãe se presentifica na palavra e no objeto.

Lacan (1966) acrescenta a essa concepção freudiana uma outra dimensão: o valor do carretel, do brinquedo, como *objeto a* que não representa a mãe mas é o próprio sujeito que se realiza como objeto nesse ato – o carretel é alguma coisa do sujeito. É a abordagem do brincar infantil também na sua vertente de tique, de encontro sempre faltoso com o real. O brinquedo, o carretel, funcionaria como uma ponte entre o real, o imaginário e o simbólico para a criança.

Em 1931, em relação ao método psicanalítico com crianças, Freud diz que o método da associação livre não tem muita razão de ser. O método da associação livre não é efetivo na clínica com crianças porque elas ainda carecem do alinhavo realizado pelo simbólico.

Posteriormente, em cima dessa questão, Melanie Klein (1926) proporá que o brincar está para a psicanálise de criança como a associação livre está para a psicanálise de adultos. Para a autora, o brincar é o meio natural de a criança dramatizar e elaborar seus conflitos e fantasias. O brincar é abordado enquanto formação do inconsciente – é uma expressão do desejo e da fantasia inconsciente.

Winnicott (1975) define o brincar como um processo criativo que coloca em jogo o mundo objetivo e a subjetividade. O brinquedo seria, portanto, a área ou espaço transicional no qual a criança depositaria seus afetos para suportar, por exemplo, num primeiro momento, a separação da mãe e num segundo momento, poder controlar e ressignificar os seus sentimentos ativamente e de forma suportável – principalmente quando o real impõe à criança algo doloroso. O brincar também é o elo entre o real, o simbólico e o imaginário. Pelo brincar da criança, o autor aborda as noções de transicionalidade, de espaço potencial e de tempo.

A área intermediária ou espaço transicional relaciona-se com a crescente capacidade do bebê de perceber e aceitar a realidade socialmente construída. Essa experiência também chamada por Winnicott (1953/1975) de ilusória, não desaparece por completo nas crianças e nos adultos. Na vida adulta essa área intermediária está expressa nas artes, na religião e na cultura. O espaço que o brincar ocupa, que não está nem dentro e nem fora da subjetividade, é um espaço na fronteira entre os dois campos, é chamado de espaço potencial. De início, ele foi pensado pelo autor como um espaço que se forma entre a mãe e o bebê.

Winnicott (1975) descreve o brincar relacionado a três tempos da relação mãe-bebê. No primeiro tempo, o bebê e a mãe estão fundidos e, portanto, os objetos também se fundem ao bebê. Esse momento depende da capacidade da mãe de ser suficientemente boa. No segundo tempo, o bebê repudia o objeto como não-eu e tem a experiência mágica da onipotência, a sensação de controle, a partir também da capacidade materna de se colocar como sendo aquela que ele tem a capacidade de encontrar e, também, ser ela própria. No terceiro tempo, Winnicott fala da experiência de ficar sozinho na presença de alguém. A criança brinca confiante em que a pessoa a quem ama está lá, disponível, sustentando o brincar.

O brincar é essencial porque é através dele que se manifesta a criatividade. A grande obra de criação, seguindo o pensamento de Winnicott, é o próprio eu — ou *self*. O *self* é resultado de um trabalho que só pode se dar plenamente no ambiente da brincadeira. Para o autor, há uma diferença entre *self* e eu. O *self* é uma descrição de como o indivíduo se sente do ponto de vista subjetivo, ele aponta para a personalidade total e para a experiência de “sentir-se real”. Haveria, segundo Winnicott, um falso *self* defensivo, artificial, organizado para atender as demandas sociais (FRANCO, 2003, p. 54).

Rodolfo (1990), em seu livro *O brincar e o significante*, afirma que não há nenhuma atividade importante no desenvolvimento da criança que não passe pelo brincar. A brincadeira, portanto, tem uma função estruturante para o homem. Rodolfo também esclarece que as atividades lúdicas (as brincadeiras) são a base para a construção da imagem corporal, que pode ser acompanhada por quatro tipos de brincar: as brincadeiras do bebê de fazer superfície – quando, por exemplo, o bebê se lambuza, ele está brincando de fazer o seu próprio corpo; as brincadeiras referentes à formação das noções de continente/conteúdo, dentro/fora, esquerda/direita, entre outras, e as brincadeiras de desaparecer e reaparecer que simbolizam o processo de separação.

Quando a criança brinca, ela entra num mundo de “faz de conta”, num mundo onde tudo pode acontecer. A brincadeira torna-se um cenário imaginário e é nesse mundo que a criança coloca seu corpo em cena. Entretanto, na experiência de brincar, será o equilíbrio entre o mundo da fantasia e o mundo real que permitirá à criança fazer um elo entre o que é real e o que é brincadeira.

O brincar é uma resposta de sujeito: “[...] quando uma criança brinca de faz de conta é porque ela não está mais simplesmente em uma condição de alienação à fantasia materna, no mínimo está respondendo ao sintoma parental [...]” (JERUSALINSKY, 2002, p. 190). Já se configura no brincar uma resposta própria.

Como podemos compreender o enredo, a estória, no brincar? Partindo do próprio jogo do *Fort-da*. Lembramos que Freud destaca a repetição significativa nos balbucios da pequena criança – “ó-ó-ó-da”. Essa repetição em que estão presentes o ato e o balbucio é onde se articula o brincar e a palavra, num jogo opositivo dos fonemas. É na oposição de dois fonemas que, num mesmo ato, se aniquila a coisa e se perde o objeto. Instaura-se uma falta no simbólico e a palavra, o símbolo, nasce sobre o fundo da ausência.

E a entrada no discurso - representada pelo construir uma estória, no caso das crianças e no falar de si, no caso do adulto - só é possível pela operação da metáfora paterna: “na ordem do discurso, realiza-se uma construção metafórica pela substituição de um símbolo de linguagem por outro símbolo de linguagem” (DOR, 1991b, p. 51).

O jogo do carretel representa o momento crucial na estruturação da criança, enquanto sujeito do inconsciente inserido na dialética da presença-ausência: será no jogo e pelo jogo que o sujeito elaborará sua situação penosa (de faltante) e se inscreverá na ordem da linguagem.

Esse é o destaque dado por Lacan a esse jogo de desaparecimento-reaparição – o momento em que a criança nasce para a linguagem, É a posição lacaniana sobre o brincar na criança na ordem do autômato, da repetição significativa. O brincar presentifica a entrada do sujeito no simbólico e na cultura.

Podemos pensar, com Vorcaro (2002), que o enredo no brincar só é possível quando a criança é atravessada pela língua materna (que interdita a mãe e, portanto, é a língua gerida pela incidência da função paterna), que organiza o inconsciente como uma linguagem, ou seja, “[...] como uma cadeia feita de elementos cuja unidade significativa varia desde um fragmento do discurso, um segmento de frase até a letra, passando pela palavra, pelo fonema e pelo elemento de pontuação [...]” (p. 67).

Nessa direção, Vorcaro (2002) acrescenta, na articulação do brincar aqui representado pelo jogo do carretel e pela linguagem, apoiada por sua vez em Veras (1999), que a “criança se atira num canto falado de corpo inteiro” (p. 69) quando joga o carretel e prolonga seu gesto dizendo ó-ó-ó até interromper esse canto com o *da*, que não mais prolonga, mas corta, interrompe o canto.

Na brincadeira que implica a fala, e no nosso caso específico, pensamos no enredo da estória como a possibilidade de a criança lidar com a simbolização da falta pela via da representação. A criança brinca com a língua materna para dela poder se apoderar: brinca com os lugares, com as alternâncias, com os fonemas, com os sentidos. Segundo Vorcaro, a criança repete, em um outro registro, a experiência em que sua consistência corpórea está a serviço da função sintática articulada à língua.

Para finalizar, a função paterna também é aquela que dá um ponto final às produções da criança (no brincar e nas estórias). E é o ponto final que possibilita as posições, os lugares, o sentido.

Na mesma direção dois artigos que analisaram clinicamente os resultados da Pesquisa IRDI, (BERNARDINO; KUPFER, 2008; KUPFER; BERNARDINO, 2009), os achados provenientes da amostra de 130 crianças, que demonstram haver uma articulação entre a falha na incidência da função paterna e o aparecimento de uma agressividade sintomática nas crianças com três anos, concomitantemente com o sintoma de uma ausência de enredo no brincar, vêm ao encontro das queixas dos pais e dos professores: as crianças não obedecem, são malcriadas, não têm limites, apresentam vários outros problemas de comportamento.

Se agressividade é constitutiva do eu – não há identificação sem agressividade, ela não precisa ser atuada. A agressividade pode ser mediada pela palavra e, na infância, intermediada pelo brincar e pelas estórias que os pequenos sujeitos podem contar.

Os dados iluminaram que as crianças estão sofrendo os efeitos de uma operação frágil da função mais humanizante, no ponto preciso de virada em que o outro assume o lugar de Outro.

Mas o que podem esclarecer esses dados em relação à discussão sobre o uso de indicadores em psicanálise?

A singularidade não está contemplada nessa análise. Contudo, temos dados que nos permitem ler tendências discursivas em determinado momento social. Temos ainda elementos para pensar as transformações impostas pela contemporaneidade ao sujeito de que se ocupa a psicanálise. E temos, finalmente, elementos que podem orientar o trabalho dos profissionais que se ocupam com a primeira infância: os primeiros sinais de falhas na função paterna poderão ser acompanhados antes que resultem em um destino funesto, como por exemplo, o *bullying*, os ataques mortíferos de gangues, a violência contra qualquer diferença. Não se tratará então de prevenção, mas de intervenção a tempo, sem porém nenhuma garantia de evitação de tal destino, uma vez que não é possível conhecer de antemão os rumos que tomará um determinado sujeito em determinada história singular. Esses são os limites de qualquer trabalho que almeje qualquer espécie de antecipação.

5.3 Análise Fatorial: Um Desencontro

Até aqui, tecemos considerações sobre as novas leituras que podem ser realizadas a partir dos resultados da pesquisa IRDI.

Há, porém, um aspecto de natureza metodológica que compromete alguns resultados obtidos pela pesquisa. Tais resultados poderiam ter apontado uma direção diferente, caso não tivesse sido realizada a análise fatorial.

Há uma hipótese teórico-clínica na construção dos indicadores: a existência de uma interdependência entre os indicadores. Apesar de os quatro eixos serem apresentados separadamente (suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância e instalação da função paterna), considera-se que a constituição psíquica se dá não por meio do desenrolar cronológico dos eixos (ou de etapas), mas devido a uma interdependência e sobredeterminação entre eles. Por exemplo, a instalação da função paterna, o quarto eixo apresentado, tem uma ancoragem inicial no eixo suposição do sujeito, que, por sua vez, só pode ser posto em ação por um Outro atravessado pela função paterna. Um segundo exemplo é o paradoxo da constituição subjetiva que articula as noções de estrutura, tempo e desenvolvimento.

Foi utilizada a análise fatorial, conforme projeto de pesquisa: a análise dos componentes principais, ou análise fatorial, é definida como técnica de análise multivariada que estuda a interdependência entre variáveis. As variáveis produzidas se denominam componentes principais, que são subconjuntos das variáveis originais altamente correlacionadas entre si, sendo que os subconjuntos possuem a propriedade estatística de independência (KUPFER et al., 2008b, p. 42).

Entretanto, apesar da fundamentação teórica dos indicadores, a análise fatorial não encontrou correlação entre as faixas dos indicadores – não foram encontradas correlações entre os indicadores da faixa de zero a quatro meses com os indicadores da faixa de quatro a oito meses e, assim por diante.

Em comunicação pessoal, Voltolini (2009) alerta que esse desencontro provavelmente resultou da escolha da análise estatística (fatorial) realizada, que não considerou o modelo psicanalítico da sobredeterminação e da retroação entre os indicadores. Tampouco considerou o efeito de elementos externos na constituição psíquica.

A sobredeterminação e a retroação são termos caros à etiologia psicanalítica. Diferentemente da concepção médica, o desenvolvimento compreendido pela psicanálise, não se dá pelo desenrolar cronológico dos acontecimentos. No processo de constituição psíquica, acontecimentos cronologicamente posteriores a determinado evento retornam sobre esse mesmo evento, modificando-o.

Nesse contexto da constituição psíquica, os *eventos* e os *acontecimentos* não se relacionam somente com os fenômenos, mas também com os acontecimentos de linguagem. O fenômeno subjetivo, ao contrário do fenômeno objetivo, possui a propriedade de se transformar à medida que o sujeito o descreve e o nomeia. A análise fatorial não conseguiu apreender ou analisar esse efeito.

Apesar desse desencontro, a Pesquisa IRDI dispõe de um banco de dados que pode ser novamente investigado, sofrer novas análises e, portanto, ser fonte de futuras pesquisas que levem em consideração esse desencontro.

6 UM LUGAR PARA O SUJEITO-CRIANÇA

6.1 Contribuições Para a Clínica Com Bebês

A Pesquisa IRDI e os questionamentos que ela produziu, decorrentes do seu recorte teórico, do seu desenho, da sua metodologia, da análise dos seus dados, dos resultados encontrados e de sua dimensão ético-política, propiciaram-nos um rico campo de debate e de avanços.

Podemos dizer que a Pesquisa IRDI dá um passo a mais no combate a certa resistência que alguns psicanalistas apresentam quando hesitam em promover a articulação da psicanálise com a universidade e com a ciência, em prol de um projeto político e ético. Por meio da Pesquisa IRDI, não se está diante da clínica do singular, mas compreendemos a pesquisa como um ato clínico entendido como aquele que visa a um lugar para o sujeito no discurso científico (e aqui podemos dizer um lugar para o pequeno sujeito em constituição).

O objetivo de garantir um lugar para o sujeito no discurso científico se fez presente do começo ao fim da pesquisa IRDI.

Indagamos: por que um grupo de psicanalistas resolveu se juntar e esforçar-se em construir indicadores psíquicos para ser utilizados por médicos pediatras? Por que esse grupo de psicanalistas não estava satisfeito com suas contribuições decorrentes dos estudos e da clínica psicanalítica de crianças?

A resposta a essas perguntas é a ética, como já apontamos: os efeitos da exclusão do pequeno sujeito no discurso científico são percebidos em cada família e em cada criança que chega já “judiada”, cansada, desacreditada, depois de ter passado por diferentes tratamentos, aos consultórios ou instituições desses psicanalistas.

A impossibilidade de encontrar um discurso (e uma clínica) que considere o sujeito, ou, se quisermos, o enlaçamento entre as três dimensões constituintes de uma “pessoa” – o corpo, a linguagem, a imagem –, acaba por levar a intervenções custosas, longas e sem resultados adequados quando se trata de uma queixa ou de um sofrimento que só se pode desfazer com o trabalho nas três áreas em conjunto.

Por exemplo, vejam-se alguns relatos sobre os efeitos e custos de intervenções cirúrgicas em refluxos gastroesofágicos (INFANTE, 1997; MEIRA, 2002), ou o inverso, a economia de tempo e de intervenções quando, ao se considerarem as três dimensões, se propõe o Método Canguru aos recém-nascidos de baixo peso, como expõem os artigos de revisão sobre o método no Brasil (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004; LAMY et al., 2005).

Como já foi explicitado, na definição da noção de sujeito para a psicanálise, o sujeito só se constitui na relação com o Outro sendo este suportado e apoiado pelos indivíduos da realidade que cuidam do bebê, mas que os ultrapassa e é mesmo anterior a eles por se tratar do que conhecemos como a ordem da linguagem. Segundo o próprio projeto da pesquisa:

Constituição do sujeito e laço social, no texto lacaniano, são conceitos absolutamente solidários. Estando a determinação do sujeito submetida ao campo do outro/Outro, não há como pensá-la fora desse enlace, que lhe é constitutivo e que o coloca em relação, desde o princípio, com esse Outro. Esse campo do Outro, por sua vez, não é outro senão o da linguagem, o que faz do sujeito um efeito do laço social que se realiza na e pela linguagem (KUPFER et al., 2008).

Para atingir o objetivo (e o compromisso ético) de preservar o sujeito do inconsciente na clínica e no discurso médico, o grupo de pesquisadores optou por construir indicadores clínicos capazes de transmitir essa noção de sujeito para fora do discurso psicanalítico.

Nessa construção alguns cuidados foram tomados. O primeiro refere-se à distinção do que seriam as ações concretas – os cuidados maternos, rotineiros e regulares (Winnicott (1956/2000), representados pelas atividades diárias nas quais o bebê e a “mãe” estão envolvidos e são o ponto de partida dos indicadores e as funções fundamentais para a verificação da constituição psíquica e para o laço do bebê com o Outro.

Outro ponto foi garantir para que os médicos pediatras não sejam levados ao engano de confiar excessivamente nos indicadores como fenômenos independentes de uma leitura que vai um pouco além da simples apresentação objetiva do fato. Caso isso ocorra, o médico pediatra tenderia a ler os indicadores numa dimensão binomial de presença-ausência como brinca-não brinca, olha-não olha, dorme bem-acorda de noite, come sólidos-não aceita sólidos, e dessa forma ser conduzido a uma conclusão enganosa porque não é levado em conta o enlaçamento entre o corpo, a imagem e a linguagem.

Esses dois cuidados foram tomados pela via da “capacitação” oferecida aos pediatras da Pesquisa IRDI. Capacitação é um termo utilizado na área médica e que pode ser transportado para o campo psicanalítico, passando a ser chamado de transmissão.

A transmissão é o que garante o bom uso dos indicadores. Mas, ela é também o ponto frágil perante os discursos científicos com os quais se quer dialogar, pois a eles interessa a reprodutibilidade em massa: tanto melhor é uma produção científica quanto mais rápida e em maior escala ela puder ser utilizada.

Esse é um ponto que leva a uma tensão discursiva (KUPFER; VOLTOLINI, 2005) entre a psicanálise e a medicina. Mas, a posição da pesquisa foi a de tomar como um princípio psicanalítico a ser sustentado: apesar da validação, os indicadores não são um instrumento auto-explicativo. Aqueles que entram em contato com ele precisam de um mínimo de conhecimento sobre a noção de sujeito do inconsciente para o seu “manuseio”. Esse conhecimento pode ser adquirido pela transmissão, por uma formação ou pela vivência da análise.

Portanto, esse é também o limite da pesquisa e dos seus resultados. Conforme análise de Almeida (2006), um ensino ou uma transmissão capaz de formar um analista é aquele que transmite um estilo. A Pesquisa IRDI não pretendeu formar analistas, mas médicos pediatras atravessados pela psicanálise, e mesmo para isso é necessário que esse pediatra, para o bom uso dos indicadores, se coloque em uma “singular relação com a psicanálise” (p. 15), aquela que “revela a maneira pela qual se deixa afetar pela psicanálise” (p.17).

Como a psicanálise deve ser transmitida? A “boa fórmula” para transmiti-la foi definida por Freud em seu texto sobre o ensino da psicanálise nas universidades (1919/1976a) e é um consenso na área: a transmissão da psicanálise se faz pelo tripé da análise pessoal, da supervisão e do estudo teórico. Segundo Mezan (1993), a formação se dá entre essas três coordenadas. Mas a análise é a mais significativa das três porque é só a partir da experiência psicanalítica que o sujeito (analisando, futuro analista) entra em contato e conhece (as suas manifestações) o inconsciente. É a partir da experiência psicanalítica que o sujeito, agora do inconsciente (e não mais o analisando ou futuro analista) emerge. Além disso, na experiência analítica, o analista nada sabe, *a priori*, a cerca do inconsciente do analisando.

Em relação às outras duas coordenadas da formação, a supervisão e o estudo teórico, há uma distribuição desigual de saber entre os dois polos. Nas palavras de Mezan (1993):

O supervisor é um psicanalista que possui uma certa experiência com seus pacientes. O professor dispõe de um conhecimento que pode ser partilhado. Tanto num caso como no outro, o saber preexiste à relação. E preexiste porque seu objeto não é a relação recém-estabelecida, mas algo que pertence à experiência do professor/supervisor que o aluno/supervisionando considera útil vir a conhecer e a adquirir (MEZAN, 1993, p. 174).

Entretanto, mesmo nessas duas coordenadas da transmissão ou da formação o essencial é que o objeto de transmissão seja o método de trabalho e este não dependa de pessoas específicas, de um outro empírico ou determinado. Assim a transmissão do método de trabalho é o desvendamento da gênese do saber psicanalítico:

No caso da supervisão o processo pressupõe que, no seu transcurso, o terapeuta supervisionado possa adquirir para si o instrumental com que opera o supervisor, tornando-se apto a refletir por sua própria conta sobre sua própria prática. Quanto ao estudo teórico, o professor atua como o supervisor: não para impor sua leitura mas para suscitar e auxiliar o estabelecimento de um hábito, de um *modus operandi* que sirva como instrumento para formular e dar conta de sua própria maneira de pensar e de trabalhar (MEZAN, 1993, p. 175).

É assim que se pode, segundo Mezan (1993), ensinar psicanaliticamente a psicanálise. Porém, ainda há outro aspecto muito importante que Almeida (2006) relembra, retomando Lacan: “[...] segundo Lacan, o único ensino capaz de formar um analista é aquele que *transmite um estilo* [...]” (p.15).

A transmissão de um estilo significa que o analista transmite sua relação singular com a psicanálise: as marcas que a relação com esse campo lhe imprimiu, a filiação a que ele pertence, o nome ao qual ele se endereça, o seu desejo de analista, sua herança. Ou seja, o analista revela a maneira pela qual se deixa afetar pela psicanálise.

Isso porque o que está em jogo na transmissão da psicanálise é mais do que o ensino de um saber teórico, mas a possibilidade de continuar a transmitir a experiência do inconsciente inaugurada pelo saber psicanalítico (BIRMAN, 1997). Por isso, a autora propõe que a transmissão da psicanálise só se dá em intenção porque ela é permanente, jamais acaba – é a própria experiência psicanalítica que obriga o sujeito a inventar um estilo de existência marcado pela singularidade e pela diferença. E, por outro lado, propõe pensarmos a psicanálise em extensão como ensino, divulgação ou difusão.

Mas, de alguma maneira, segundo a autora, a transmissão da psicanálise em extensão é possível. Para que ela ocorra, é preciso criar algumas condições mínimas: um analista/professor que ocupe o lugar de mestre não todo (aquele que instaura a palavra e a possibilidade de enunciação do “aprendiz”, fazendo-o implicar-se no ato ou na clínica, colocando aí algo de si), um “aprendiz” (educador, pediatra, ou outro profissional) que se interroge sobre o sentido de seu ato, um dispositivo clínico de fala, de escuta e de escrita pelo qual se metabolizará a angústia da posição “ensinante”, uma mudança subjetiva do “aprendiz” (educador, pediatra etc.) na sua relação com os ideais narcísicos, educativos, curativos que lhe permitam viver a relação educativa ou clínica como uma experiência única, singular, de criação e prazer.

Almeida (2006) estabelece a distinção entre ensino e transmissão. A transmissão seria o que ocorre na formação do analista (pelo triple análise, supervisão e estudo da teoria) e o ensino da psicanálise seria o que ocorre em seminários, cursos, entre outros (e aqui introduzimos, em pesquisas).

Entretanto, a própria autora apresenta a polêmica dentro do campo psicanalítico: o termo transmissão também vem sendo utilizado e defendido por psicanalistas (a autora dá como exemplo a posição adotada pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) como possível na proposta de ensino que presentifica a psicanálise no mundo (p. 17). Desse modo, a inserção da psicanálise em contextos ou instituições que não as de formação de analistas, ela pode acontecer pela via da transmissão.

Recortamos, do texto de Almeida, o que consideramos importante para articular com a Pesquisa IRDI uma vez que a autora aprofundará as posições e a transmissão da psicanálise aos educadores.

Sustentamos que esta pesquisa possibilitou (e possibilita) a transmissão da psicanálise aos médicos pediatras, e esse era um dos seus objetivos principais, pela via da capacitação. Essa foi oferecida por psicanalistas que junto com a transmissão conceitual implicavam os médicos pediatras numa possibilidade de ler e escutar o seu pequeno paciente como sujeitos. Podemos afirmar que se deu a transmissão quando escutávamos nessas capacitações: “o que vocês estão dizendo nós já percebíamos na clínica mas não sabíamos o nome”.

Essa fala/frase ilustra o cuidado que o grupo de psicanalistas tomou ao estruturar e propor as “capacitações” aos médicos pediatras. Apesar da terminologia,

própria desse campo médico, a intenção não foi colocar o médico pediatra no lugar daquele que tem a aprender com o psicanalista, mas colocar o psicanalista como aquele que espelha um saber médico (e clínico) que é escamoteado, soterrado e considerado sem lugar pela tecnologia.

Consideramos que a grande importância da Pesquisa IRDI é sua inserção no campo da transmissão da psicanálise a não psicanalistas – ousamos dizer, a cientistas. A pesquisa se propôs transmitir a noção de sujeito do inconsciente aos médicos pediatras a fim de que essa seja uma noção que perpassasse a sua clínica. Lembrando, com Kupfer (2001), que a vocação da psicanálise não é pragmática, a intenção era somente resgatar o olhar do médico pediatra sobre o sujeito, já presente em sua clínica, ainda que oculto sob o véu da técnica.

Não sabemos se os indicadores estão sendo utilizados sem essa “capacitação” oferecida por psicanalistas ou se estão sendo utilizados nua e crua. Essa é uma possibilidade e um risco. Mas na Pesquisa IRDI esse uso não ocorreu, os indicadores foram transmitidos e não somente aplicados.

Não sabemos tampouco se a “capacitação” produziu um efeito de mudança, se serviu para liberar um ato ou se produziu um giro no discurso dos médicos pediatras capacitados, porque não os acompanhamos num tempo posterior.

Também não sabemos se os indicadores serão incorporados no discurso médico-pediátrico no que Coutinho (2007) denominou psicologização da psicanálise, que no campo educativo é “a retirada de alguns aspectos centrais dessa teoria para que ela passe a servir como base para as relações humanas, para harmonizar os conflitos, caracterizando o que seria uma relação psicologicamente ajustada entre o professor e o aluno” (p. 110). No nosso caso, entre o pediatra e a família. Ou, como nos aponta Voltolini, se os indicadores e sua fundamentação passarão por uma espécie de filtro, de membrana, que os tornará compatíveis com os conceitos e pressupostos da prática médica.

Finalmente, não sabemos se os indicadores serão efetivamente incluídos nos manuais do Ministério da Saúde dedicados à orientação dos pediatras. Essa inclusão depende das políticas públicas da área da saúde, que poderão ou não dar importância ao seguimento da dimensão psíquica no desenvolvimento da criança.

Entretanto, também não se pode fugir dos efeitos do discurso social sobre os sujeitos. A psicanálise sempre se interessou pela interação entre o social e o individual, como já exposto na noção de sujeito apresentada e, assume que a

estrutura é aberta às mudanças do laço social. Lacan dá um passo nessa articulação ao entrelaçar discurso e sintoma. Voltolini (2001) diz que existe uma categoria lacaniana de sintoma social que remete exatamente a noção de discurso. que seria aquilo que faz laço social. O autor baseia-se em Askofaré (1997) para falar que em adoecimentos no nível do “laço social”. Portanto, o sintoma social é aquele que fixa, no discurso, um objeto numa posição única para vários sujeitos e constrói um laço social entre esses sujeitos – um mal-estar estrutural da época (p. 107).

Estamos diante de um aumento de diagnósticos de hiperatividade e de autismo (GUARIDO e VOLTOLINI, 2009). Uma forma de se fazer frente a essa psicopatologização moderna é por um lado, compreender o laço do sujeito com a cultura; por outro, trabalhar para a garantia da manutenção do que consideramos a estrutura mínima para uma construção psíquica. Por isso, os indicadores foram construídos a partir de aspectos esperados da constituição psíquica e não patológicos.

Nesse caminho, também pode ser função do psicanalista, além de sua clínica, acompanhar o significado dos sintomas infantis da modernidade e fazer frente aos próprios progressos científicos que excluem o sujeito: o conhecimento psicanalítico também é importante para lembrar o perigo dos manuais e das normas (tão usados em saúde pública) que podem levar a uma destituição do lugar dos pais e as consequências dessa destituição no bebê. Colocamo-nos a questão: qual seria a melhor fórmula entre o “normativo para a comunidade/sociedade” e a preservação da singularidade?

Como diz Laurent (1999), podemos ser analistas cidadãos – aqueles que discutem as novas formas de sintomas presentes no mundo. Ou ainda, como aponta Ferrari (2002), os psicanalistas têm um importante papel a desempenhar na civilização contemporânea, inclusive denunciar as contribuições da ciência para o mal-estar na cultura.

Acrescenta-se a esse compromisso que podemos chamar de “ético-científico”, o compromisso “ético-social”. Os psicanalistas também acompanham os efeitos da própria sociedade sobre a constituição psíquica dos pequenos seres humanos, e nesse sentido não basta o trabalho solitário do psicanalista, por mais coeso e consistente que ele seja, para fazer frente aos avatares da vida moderna sobre as crianças.

As relações entre civilização e doenças nervosas já eram preocupações de Freud, como podemos acompanhar em *Moral sexual civilizada e doenças nervosas* de 1908.

Lacan (1969/2003), no seu texto *Nota sobre a criança* também já alertava sobre a “função de resíduo exercida pela família conjugal” (p. 369). Essa frase exprime a ideia de que nossa constituição psíquica, o que compreendemos em psicanálise como o mito do neurótico, nem sempre se constituiu a partir dos mesmos traços. Na sociedade ou comunidade primitiva, por exemplo, havia uma distribuição das funções parentais por meio dos ritos que não se assemelham ao que ocorre atualmente na família moderna composta por dois membros que condensam as transmissões culturais e de linguagem à criança. Assim, a constituição neurótica, entendida como uma forma de apelo ao pai é resultante do surgimento da modernidade – ela decorre das soluções individuais diante um pai que está numa condição, por ser um, de não dar conta de todos e de tudo.

Uma ordem de problemas que as crianças de hoje apresentam refere-se ao lugar que elas ocupam na família: a família começou a se formar em torno da criança e adquiriu o monopólio da afetividade (Áries, 1981)

Articulando estudos e conhecimentos à política, Dias (2008) nos lembra que as pesquisas sobre os bebês tomaram impulso com a constatação de sofrimentos infligidos aos bebês durante a Segunda Guerra, como um esforço em compreender o impacto da ruptura dos laços primordiais. Assim, o início das pesquisas sobre os bebês relacionam-se com as catástrofes humanas do século XX. Catástrofes que apontam a capacidade humana de destruir o semelhante. O interesse pelos bebês encontra-se nessa interface entre a necessidade de melhor compreendê-lo e de uma ética não alheia às condições que são exigidas para seu advento como sujeito. Nesse sentido, temos de nos perguntar, estudar e intervir sobre os riscos que os pequenos sujeitos enfrentam diante das mudanças que perpassam as instituições e os dispositivos que regulam os laços sociais resultantes dos progressos tecnocientíficos, da cultura de massa, do capitalismo e do neoliberalismo.

A autora destaca a análise de Dufour (2005) do triunfo do neoliberalismo que trouxe consigo uma alteração do simbólico e, portanto, da própria condição humana: o objeto de consumo alçou o lugar de objeto de desejo, o que leva à elisão da divisão do sujeito e ao empobrecimento criativo e inventivo do ser humano (p. 73-74). A autora também destaca as contribuições de Lebrun (2004) que vinculam uma série de sintomas modernos como a bulimia, anorexia, certas toxicomanias, a agudização dos estados depressivos e do pânico, o aumento da violência, o ressurgimento dos nacionalismos e das seitas, com as dificuldades de subjetivação

e socialização. E, Dias aponta para uma perda do sentido do limite que o sujeito na atualidade revela através de atos de excesso: o limite nos é dado pela função paterna.

Nessa direção de compreender as psicopatologias infantis modernas, Kupfer e Bernardino (2008), em artigo já citado sobre os resultados da pesquisa, apontaram a grande sintomatologia apresentada pelas crianças, como falhas na função paterna, falta de limites, dificuldade de separação e agitação motora relacionada a mudanças culturais, em especial ao lugar da criança na família moderna deste século como o do “mestre do gozo” (p. 663). Por trás de uma aparente satisfação – já que a criança pode tudo, tem direito a tudo.

A análise dos achados da amostra de 130 crianças acrescenta às psicopatologias infantis modernas, o incremento da agressividade e o pouco recurso em simbolizar. As duas manifestações sintomáticas estão associadas à falha na incidência da função paterna, essa função já tão adjetivada pela psicanálise como fracassada, naufragada, benevolente, falida, entre outros.

Frente a esses sofrimentos infantis, cabe aos psicanalistas, o papel de demonstrar – e aqui o termo é proposital para articular com a pesquisa – a grandeza e o impacto dessa dor.

6.2 Os Indicadores e a Interdisciplinaridade na Clínica com Bebês

Mas, voltando às pretensões éticas da Pesquisa IRDI. Outro tema a destacar é o da possibilidade de realizar um trabalho interdisciplinar numa tentativa de fazer as especialidades conversarem sem perder as suas especificidades. A aposta é na conversa em torno do sujeito.

O trabalho interdisciplinar é possível a partir de um esforço conjunto. Do lado da psicanálise, um movimento precisa ser feito para que, como nos diz Lacan, a literatura psicanalítica não seja algo que ninguém lê além dos psicanalistas (Seminário XI, p. 18). Deve haver algum desejo de transmissão da psicanálise para além do campo analítico. E para que essa transmissão se dê é necessário apostar que as atenções dos “cientistas” se voltem à leitura de uma pesquisa que contenha alguns termos que lhes “saltem aos olhos” – que lhes interessem. E para que esses termos possam lhes “saltar

aos olhos” devem ser, no mínimo, passíveis de decifração para eles. Escolheu-se uma aproximação pela via metodológica na qual estão presentes os termos “longitudinal”, “tratamento dos dados”, “análise estatística”, “validação”.

Após a realização da Pesquisa IRDI, concordamos com Laznik (2004) que o diálogo entre psicanalistas e médicos é incontornável e que é possível o psicanalista trabalhar em tarefas que não estejam circunscritas ao consultório e à metapsicologia (p. 156).

A transcendência da psicanálise para fora dos limites do *setting* analítico já era visualizada por Freud (1919/1976a). Levar adiante essa tarefa é um encargo árduo e complicado.

As análises históricas críticas da recepção das ideias de Freud no Brasil indicam, por exemplo, que elas foram incorporadas ao contexto médico em uma ótica inteiramente avessa à sua intenção original: de palavra transgressora que era no seu contexto de criação, passou aqui a servir de argumento para normas de higiene social quando foram adotadas pelos psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental, na década de 20. Patto (2000) coloca claramente que a psicanálise teve uma contribuição importante na garantia da ideologia dominante da época: as ideias psicanalíticas dessa época estavam permeadas por teorias raciais.

Já estamos a uma boa distância para, a partir dessas análises, atentarmos para os riscos de um diálogo ou de uma expansão da psicanálise, principalmente sobre a concepção do sujeito infantil. Por outro lado, um recuo dos psicanalistas – cruzar os braços e observar os efeitos do avanço científico sobre esse pequeno sujeito — poderá implicar a construção de um futuro sombrio por onde andarão pequenos corpos geneticamente perfeitos mas sem desejos e assexuados que, portanto, não poderão perpetuar a espécie humana (porque não serão capazes de criar, em todos os sentidos que a palavra evoca).

Apesar de a psicanálise já estar na cultura, ainda está longe de conseguir desempenhar seu papel social, como era o desejo de Freud, em 1919:

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população [...] É possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente quanto o tem agora à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixados aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade...Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres [...] Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso (FREUD, 1919/1976b, p. 210).

O avanço no diálogo interdisciplinar pode ser acompanhado por meio das publicações. Observa-se um aumento considerado de publicações sobre o tema dos bebês. Entretanto, os campos disciplinares continuam produzindo saber e conhecimento separadamente.

Na área médica, acompanha-se o interesse, o estudo e uma produção crescente sobre os bebês. As competências dos recém-nascidos são estão em voga, com os estudos da neurociência e, as estratégias de assistência se aperfeiçoam. Novos campos se abrem, como o das peculiaridades e especialidades de um recém-nascido de muito baixo peso.

No campo da psicanálise – seria mais coerente dizer no campo da psicanálise e da educação –, tem-se o trabalho pioneiro de Françoise Dolto (1908-1988) introduzido na França. Dolto destacou a dimensão simbólica do recém-nascido: este já vem ao mundo banhado numa cultura que se relaciona com as origens dos seus pais, as histórias deles, e sua cultura. Dolto conversava muito com os bebês e dizia que as palavras os ajudavam a dar um sentido ao que ele estaria vivendo e a ocupar um lugar na sociedade dos humanos.

Kupfer (2006) lembra que as crianças do tempo de Dolto e de Freud não eram ouvidas, não eram levadas a sério, pois o que faziam era sempre considerado coisa de criança,, e por isso os adultos não lhes diziam a verdade, supondo que elas nada compreenderiam (p. 567).

Dolto inventou uma nova profissão, que infelizmente não mantém muitos adeptos, a do “médico de educação”: “um médico de educação é um médico que sabe que os problemas na educação podem provocar doenças nas crianças, não verdadeiras doenças, mas capazes de causar aborrecimentos para as famílias e complicar a vida das crianças, que poderiam sem isso viver muito mais tranquilas”. Essa é uma relação que está escamoteada nos nossos tempos, o que vemos é um movimento inverso: os professores procurando definições diagnósticas para explicar o mau comportamento das crianças e perguntando-se pouco sobre os efeitos da escola nessas crianças. (PIVOT, 1989 *apud* KUPFER, 2006, p. 567).

Winnicott (1896-1971) é outro autor expoente do estudo e da clínica com bebês e crianças pequenas na Inglaterra. As conclusões a que ele chegou são preciosas não só para os psicanalistas, mas também para os médicos e, novamente, como Dolto, para os educadores. Destacam-se, por exemplo, a ideia de mãe suficientemente boa que sustenta a frase “não existe essa coisa chamada bebê” ou

“não existe um bebê sozinho”, que seria aquele adulto (não precisa ser a mãe que deu à luz o bebê) que percebe as necessidades do bebê e responde adequadamente aos diferentes estágios do seu desenvolvimento; a importância do ambiente acolhedor, o *holding* (cuja melhor tradução para o português, segundo Bogomoletz, seria "colo"), propício a um processo de formação de um ser humano independente, diz ele, e a importância do brincar, que mistura e concilia o manejo do mundo objetivo e a imaginação, na construção da identidade pessoal.

Depois desses pioneiros da psicanálise com bebês, outros autores iniciaram uma prática e estudos em diversas instituições, tanto hospitalares como escolares, para fazer circular os conceitos psicanalíticos entre esses outros pares e assim “reanimar” a criança (termo de Mathelin, 1999), inserindo a singularidade de cada uma, sua subjetividade, no tratamento que lhe é oferecido ou ainda pode lhe ser oferecido. Destacam-se os trabalhos de Spitz e Bowlby (1988) com crianças institucionalizadas; Lydia Coriat (1983) com a clínica de estimulação precoce com bebês síndrômicos ou com malformações; Brazelton (1988) com os trabalhos sobre as consequências da hospitalização precoce nos bebês; Debray (1988) com o tratamento conjunto mãe e bebê atingido por distúrbios psicossomáticos; Myriam Szejer (1999) e seu trabalho de escuta psicanalítica de bebês em adoção em maternidades; Caroline Mathelin (1999) e, Eliane Eliacheff (1994) com o trabalho em UTIs neonatais; e aqueles que já se defrontaram com uma clínica dos bebês em risco ou sofrimento, como Laznik (1991), Boukohza (1995), Coriat (1997), Jerusalinsky (2002).

Entretanto são poucas ou quase inexistentes as publicações e os estudos que conjugam os saberes. Os estudos que apontam os bebês cada vez mais competentes, dotados de uma organização complexa com níveis de funcionamento diversificados nada dizem (nada querem saber) sobre o sujeito que é autor dessas competências e organização.

A produção de um saber e uma prática interdisciplinar em torno dos bebês coloca-se, novamente, como um compromisso dos psicanalistas: acompanhamos na sociedade moderna os efeitos dos saberes extremamente especializados quando, uma grande parte deles, se encarrega de cuidar um só pequeno corpo e, de sua família. Podemos ter, como bem disse Wanderley (1997), uma “atuação despedaçada” sobre o bebê.

Lembramos algo que vem do próprio campo psicanalítico: se o discurso provoca efeitos no sujeito, caberá ao psicanalista colher os efeitos da incidência dos diversos discursos científicos e especializados sobre o bebê ou, de alguma forma, adiantar-se e participar da “argamassa” discursiva no tempo da construção desse bebê?

O interesse despertado pelo bebê na atualidade traz avanços nos estudos e inaugura um novo olhar sobre ele, mas estabelece também novas formas de acolhimento do bebê e de seus pais e novas formas de cuidado. Os estudos sobre os bebês passam a refletir as transformações e as condições da construção do humano no mundo de hoje.

Considera-se o estabelecimento de indicadores clínicos para a apreensão dos efeitos da constituição psíquica é um caminho interessante para a precoce detecção, para uma atuação clínica cuidadosa e implicada com o sujeito. Essa atuação estará atenta às produções que são esperadas em determinados momentos da vida da criança, as quais, quando não aparecem, despertam alerta. E, não estará direcionada à busca de traços positivos de patologias (JERUSALINSKY, 2002).

Entretanto, os indicadores trazem à luz o tema da prevenção que não é considerado próprio do campo da psicanálise clássica uma vez que esta considera que não há como evitar a neurose que se encontra necessariamente na base da constituição psíquica. Além disso, o destino de um sujeito depende dos encontros significativos com os outros, encontros submetidos ao acaso, o que nos impede de prever e infletir precocemente a direção desse desenvolvimento: o psiquismo não se encontra pré-determinado.

Mas, profissionais psicanalistas que começaram a estudar e a trabalhar com os bebês iniciaram uma discussão sobre a pertinência da exclusão da noção de prevenção. Por exemplo, Laznik (1997) interroga: “[...] como poderiam então chamar uma intervenção que, situando-se cedo na vida da criança, possibilitando a sua constituição subjetiva anteriormente dificultada ou inexistente – como é o caso das crianças com sinais precoces de isolamento autístico? [...]”

Para a autora, é possível falar em prevenção quando há uma intervenção para que se instaurem as estruturas que dão suporte ao funcionamento dos processos de pensamento inconsciente e quando há uma intervenção diante da organização de uma futura deficiência.

Lacan não abarcou diretamente o bebê, mas o seu texto sobre o estádio do espelho (1949), marco na compreensão da constituição do sujeito, trata de um “drama” (palavra utilizada por Lacan) em que, por meio da antecipação de uma imagem ilusória unária pelo Outro é possível a formação do Eu do bebê. A noção de antecipação desenvolvida por Lacan é o mesmo que precipitação do sujeito diante do Outro.

Ao apresentar esse tema da antecipação do sujeito pelo Outro e precipitação desse sujeito diante do Outro, Lacan (1949) introduz no campo da psicanálise clássica, aquela que discorda da noção de prevenção, a importância de o outro adiantar no tempo algo (a imagem unária) que é para o bebê estruturante. Sem esse adiantamento, sem essa antecipação, o sujeito não pode se precipitar para compensar seu atraso eventual. O próprio Lacan nos diz que a função da pressa no estádio do espelho é decisiva. Não podemos dizer que a noção de prevenção já estava anunciada na teoria lacaniana, com a cautela de definir esse tempo entre a precipitação e sua verificação?

Os profissionais podem, dizem Rohenkohl (1999) e Campanário (2004), trabalhar com esse tempo da "pressa", sem que ele se torne o tempo de uma adivinhação, de uma resposta técnica. Um saber fazer do especialista, ou mesmo o risco maior da predestinação sobre a criança, da realização, sem que o saiba, do seu próprio imaginário.

A antecipação é, portanto, uma noção coerente à psicanálise e pode ser utilizada com finalidades clínicas quando se estuda e trabalha com bebês. Há algo a promover, a oferecer, a fazer antes do fracasso das operações das funções estruturantes para o pequeno sujeito.

O que é avesso à psicanálise é a prevenção colocada como uma intervenção para evitar o que não se quer, o indesejável. Ou seja, a prevenção relacionada aos conceitos de evitar o mal, inibir causas patológicas, a noção de probabilidade e previsão, também, relacionada a um ideal.

Winnicott (1993) foi o autor pioneiro, no campo psicanalítico, a explicitar o papel preventivo de um trabalho em saúde mental, destacando o *ambiente facilitador*. Para ele, a prevenção pode ser pensada quando esse ambiente facilitador não dá conta da sua função quando se rompe a capacidade dos pais de intermediarem a relação do bebê com seu corpo e com o mundo. Winnicott refere-se a uma falha na preocupação materna primária ou na capacidade de identificação da mãe com seu bebê.

Bernardino (2000) também é partidária de um papel preventivo no trabalho psicanalítico com bebês, argumentando que, quando encontramos um bebê que sofre de distúrbios recorrentes que remetem a falhas de ritmo ou a desacordos entre mãe e bebê, podemos estar diante de um bebê que aponta um não trabalho por parte do seu Outro em dar palavras, nomes e significados ao que é da ordem do orgânico. Nesses casos, há o risco de o bebê sofrer efeitos de marcas que não se tornaram uma escrita (ficam como letras) que pode situá-lo numa história de vida e de filiação. O trabalho e a especificidade do psicanalista na clínica com esses bebês seriam “[...] receber essas letras e propor-lhes um espaço e um tempo para sua leitura, para a criação de um enredo [...]” (p. 72).

Continua a autora dizendo-nos que o analista, na clínica de bebês, é chamado a atuar como aquele que dirige palavras ao bebê introduzindo-lhe os elementos mínimos da língua, que seriam os *shifters* (conceito introduzido por Lacan no Seminário XXIII) que são introduzidos por meio da comunicação pré-verbal e nos bebês, segundo Jerusalinsky (2002), são representados pela entonação, a música da linguagem, o olhar, o toque e o silêncio.

Nessa concepção, também se trata de uma prevenção – no sentido de atuar no início e não antes que algo exista ou para a eliminação de sintomas. Portanto, na verdade, não se trata da mesma prevenção que é usualmente utilizada na área médica, em que a prevenção se refere a atuar hoje para que não ocorra um evento nocivo no futuro, no sentido da erradicação de uma doença... Mas trata-se de atuar no tempo dos desencontros ou mal-entendidos da vida inicial de relação do bebê com o Outro para que sua evolução não seja a de um “abismo”. Por isso, Teperman (2005) utiliza o termo intervenção “a tempo” e propõe, se o termo prevenção soar muito inoportuno, a utilização de *previsão*: previsão de uma hipótese sobre a direção da construção do sujeito (p. 12).

Rosa (2009) em seu livro que articula os campos do cuidar, do educar e da prevenção nos diz que a “[...] prevenção não se baseia nem na antecipação de um sintoma, tampouco na tentativa de evitá-lo, mas sim na aposta da criação de condições estruturais suficientes para que uma subjetivação se dê antes que se interrompa definitivamente o laço [...]” (p. 15). Portanto, não se trata de prevenir algo que não se sabe o que será, mas de “[...] prever os resultados que a intervenção no presente produzirá no futuro [...]” (p. 128). A prevenção em psicanálise é ética – lançar as bases para uma existência do sujeito – e não técnica – aquela que se pauta numa norma.

Jerusalinsky (2002) alerta que, apesar de considerarmos, em psicanálise, que um acontecimento só adquire valor psíquico *a posteriori*, isso não significa que a qualquer momento tudo possa ser absolutamente reescrito. A constituição psíquica apresenta, segundo a autora, um tempo de abertura à inscrição de sua estrutura. O tempo de intervenção é esse porque contamos com certa permeabilidade da estrutura a novas inscrições. Mais do que uma prevenção, trata-se de uma precoce detecção, a autora diz (p. 244-45).

Há autores psicanalistas que argumentam que muito cedo, logo nos três primeiros meses de vida, é possível perceber sinais de risco ou de sofrimento no bebê, e somente os psicanalistas seriam capazes de situar os primeiros momentos em que “a matriz simbólica começa a produzir marcas no bebê” (JERUSALINSKY, 2000a, p. 14) e intervir a tempo de evitar a instalação de uma psicopatologia.

A prevenção que pode ser pensada em psicanálise também se relaciona a algo (um problema) que já está acontecendo e a respeito do qual se pode advertir por que haverá consequências, do ponto de vista sintomático *a posteriori* (Jerusalinsky, 2000, p. 13). Pode-se dizer que é um trabalho que tem caráter profilático porque retira o sujeito de um estado de crise e produz a retomada da constituição psíquica que estava interrompida. Boukobza (2002) chama esse trabalho de clínica de *holding*, ou seja, sustenta-se a mãe para que ela sustente o filho (p. 24).

Nesse sentido, concordamos com Cabassu (1997) quanto aos trabalhos de Winnicott e Lacan (e deste, em particular, os trabalhos sobre o estágio do espelho e o esquema ótico). Podemos acrescentar que os trabalhos de Dolto, assim como os de Laznik e dos demais autores modernos psicanalistas que já citamos, como Kupfer e Bernardino (2008), Jerusalinsky (2002), Jerusalinsky (2008), permitem, pela precisão e pela extensa reflexão teórica, perceber no curso da instauração precoce do aparelho psíquico, “[...] o impacto do discurso sobre a representação inconsciente que a mãe tem do bebê pode modificar de maneira significativa o curso dos acontecimentos [...]” (p. 22).

Introduzir o tema da prevenção, como é entendido pelos psicanalistas de bebês, articulado à noção de sujeito do inconsciente, é também debater a noção de causalidade. Ou melhor, é uma tentativa de introduzir a possibilidade da existência de uma outra lógica que não a do discurso “científico” – médico. Em contraposição a esse discurso médico, a prevenção em psicanálise remete-nos à concepção

freudiana do somente-depois, em que o *acontecimento* vivido pelo sujeito adquire sentido no momento em que um segundo acontecimento, posterior, reorganiza essa experiência anterior.

Assim compreendendo o sistema de significação da experiência pelo sujeito, estamos diante não da explicação causal, mas da possibilidade de uma explicação por meio de tendências ou de conjeturas, como já alertou Lacan.

Também não podemos antecipar a maneira como o sujeito vai tratar um acontecimento (o que um acontecimento desencadeará para o sujeito), mas podemos organizar com o sujeito o que seria a estrutura mínima para que ele possa vir a dar um significado ao acontecimento. Como nos diz Rosa (2009), seria “[...] privilegiar o *bem-dizer* em detrimento de *dizer o bem*, na forma de uma singular escuta de um sujeito ainda em constituição [...]” (p. 129).

As diferenças e os mal-entendidos são, quase sempre, frutos de preconceitos. Talvez a saída não seja acentuar a oposição, ou as diferenças entre as visões, mas a colaboração em direção a uma ética compartilhada. Por uma questão ética, as diferentes visões, concepções, produções científicas e práticas especializadas talvez possam se aproximar para um “bem” dizer sobre os bebês e para um fazer “bem” à eles.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALCANCE E LIMITES DA PESQUISA IRDI

Este texto foi composto por três eixos temáticos – a ampliação teórica da fundamentação dos indicadores, as questões metodológicas colocadas pela Pesquisa IRDI e a apresentação da ampliação dos seus resultados.

Esses três temas se articulam de modo a que se possa verificar o seguinte: na pesquisa IRDI, teoria, método e resultados constituem efetivamente um corpus cuja base é dos princípios da psicanálise, e sem que esta tenha sido descaracterizada. Trata-se de uma pesquisa em psicanálise e com a psicanálise, com força para interferir na ciência de nosso tempo.

A ampliação teórica da fundamentação dos indicadores foi a etapa necessária para a explicitação e sistematização do corpus epistemológico e semiológico da psicanálise presente na pesquisa. Por meio dela foi possível acompanhar a semiologia clínica proposta pela psicanálise composta por um método de leitura da escrita do inconsciente, ou sobre a estruturação do sujeito.

Os indicadores, expressões dessa escrita, ilustram os parâmetros sob os quais se faz a clínica psicanalítica e permitem acompanhar essa escrita inconsciente. A introdução da noção de sujeito do inconsciente na clínica traz consigo o paradigma psicanalítico do inconsciente estruturado como linguagem. A linguagem é aqui compreendida como alteridade e campo simbólico ao qual o sujeito está submetido e não como comunicação. Os indicadores são expressões deduzidas da forma como o sujeito se faz e se engendra na linguagem. São deduções porque a estruturação do sujeito não é um estado que pode ser descrito fenomenologicamente: ela é uma hipótese.

A ampliação dos fundamentos teóricos dos indicadores é, portanto, mais um esforço no sentido de formalizar a semiologia da entrada do sujeito na linguagem. Pode-se utilizar, como caso exemplar, o primeiro indicador que já apresenta o paradoxo dessa teoria da linguagem proposta pela psicanálise: a mãe não observa o seu filho; a mãe já sabe, de antemão, o que seu filho quer. O saber materno é o representante da linguagem.

É da escritura da linguagem no corpo do bebê que os indicadores tratam. Entretanto, mais do que uma ilustração da teoria, os indicadores, articulados com as questões metodológicas, são uma chave de leitura para aqueles que se defrontam com a clínica da primeira infância.

As questões metodológicas compuseram o segundo momento do texto. Partindo de uma distinção entre os métodos e entre as disciplinas, ciência versus a psicanálise, clínica psicanalítica e o método experimental, chega-se a constatação de que a psicanálise progride por meio de uma diversidade e heterogeneidade de fontes: a psicanálise utiliza várias técnicas de investigação; o método psicanalítico é também um método clínico e o método clínico envolve experiência. A psicanálise também utiliza signos clínicos passíveis de descrição e regularidade; sem isso seria impossível uma teoria do sintoma. Essas questões e discussões metodológicas demonstraram ser a superfície de uma discussão mais importante e produziram o que Mijolla-Mellor definiu como uma confrontação, entre dois modelos e não entre dois métodos, para encontrar o que marca a diferença: os fundamentos e a epistemologia da psicanálise.

O terceiro momento desse texto, os resultados, articula os achados empíricos e teoria, num movimento que amplia o que é próprio do campo psicanalítico. Em psicanálise, é a clínica que conduz a teoria, reformulando-a e movimentando-a.

No percurso realizado, podemos recolher alguns limites impostos pela pesquisa IRDI. A pesquisa IRDI utilizou a análise fatorial para verificar a interdependência entre os indicadores. Pode-se dizer que aí, neste ponto preciso, a metodologia não fez jus à “letra” da psicanálise. Encontramos ainda limites no que diz respeito à utilização posterior da pesquisa: não sabemos se os indicadores serão de fato incluídos em políticas de saúde e não sabemos se serão utilizados com a formação paralela necessária. Não sabemos tampouco se serão mantidos com o espírito original ou se serão descaracterizados.

Pode-se acusar, ainda, a pesquisa IRDI de ter feito uma “interpretação selvagem”, uma vez que a explicação teórica dos sintomas das crianças não foi proveniente da associação livre (do jogo e do brincar) de cada uma das crianças, do seu inconsciente, mas do conjunto que compôs a amostra da Pesquisa. De fato, perde-se a singularidade de cada sujeito; ganha-se, porém, em demonstrações das modificações psíquicas ocorridas sob a influência da vida social.

Nesse ponto, podemos iniciar a discussão sobre o alcance da pesquisa IRDI.

A clínica pode ser estendida da clínica do singular para a clínica do laço social, como ocorre em alguns estudos em que se utiliza a psicanálise para a compreensão de questões e fenômenos da cultura, assim como se utiliza a psicanálise para poder isolar os elementos psíquicos empregados nas práticas sociais e esclarecer o que dessas práticas enriquece o conhecimento das engrenagens psíquicas. A Pesquisa IRDI não percorreu esse caminho. Mas ela partiu dos seus achados, considerados pelo número das crianças acompanhadas e os tomou como, arrisca-se dizer, sintoma social, para deles apontar quais são as considerações psicanalíticas sobre o tema.

A partir da discussão sobre a metodologia da pesquisa IRDI, pode-se afirmar que não é útil uma oposição entre ciência e psicanálise, assim como não é útil uma distinção entre indivíduo e sociedade. Pode-se assim proceder porque para Lacan, os laços sociais são laços discursivos que dão conta das relações intersubjetivas. O sintoma social, assim como qualquer sintoma, tende a tomar a forma da cultura a que pertence; sintomas refletem uma organização subjetiva que contém uma mensagem e sinaliza ao mesmo tempo processos sociais e particulares de sua forma de advir como sujeito (ROSA, 2004).

Enfim, considera-se que os avanços oferecidos pela Pesquisa IRDI referem-se a esclarecer que a psicanálise sustenta-se sobre uma epistemologia e semiologia coesas e sólidas.

A utilização de concepções, conceitos e métodos de outros campos e áreas é portanto, possível e não desfigura a psicanálise, uma vez que esta última demonstrou ter um corpus consistente.

Ultrapassa-se assim a discordância estrutural entre psicanálise e ciência e, arrisca-se a dizer, fica superada a discussão sobre os métodos a serem utilizados em uma pesquisa de psicanálise, sobre psicanálise, de orientação psicanalítica ou ainda com a psicanálise, ao se sustentar a psicanálise como uma ciência da linguagem. É dessa perspectiva que os indicadores ganham a sua legitimidade: estes não foram construídos dentro do campo das ciências humanas ou das ciências da saúde, mas sim, no campo da ciência da linguagem.

8 REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. Método clínico: método clínico? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 3, p. 609-616, 2001.

AGUIAR, F. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 105-131, jun. 2006.

ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 37-55.

ALBERTI, S.; ELIA, L. Psicanálise e ciência: o encontro dos discursos. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 779-802, 2008.

ALMEIDA, S. F. C. Transmissão da psicanálise a educadores: do ideal pedagógico ao real da (trans)missão educativa. **Estilos da Clínica**, São Paulo, ano 11, n. 21, p. 14-23, 2º semestre, 2006.

ALMEIDA, S. F. C.; LEGNANI, V. N. A construção da infância: entre os saberes científicos e as práticas sociais. **Estilos da Clínica**, São Paulo, ano 9, n. 16, p. 102-21, 2004.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ASFOKARÉ, S. O sintoma social. In: GOLDEMBERG, R. (Org.). **Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise**. Salvador: Álgama, 1997.

_____. Da subjetividade contemporânea. **A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade**, São Paulo, v. 1., n. 1., p. 165-175, 2009.

BERGÈS, J.; BALBO, G. **A criança e a psicanálise**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

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

_____. **As psicoses não-decidas da infância: um estudo psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. Bases psicanalíticas para uma escuta de bebês e seus pais, a partir do seminário sobre “a carta roubada”. In: BERNARDINO, L. M. F.; LICHT, R. W. (Org.). **Revista Psicanálise e clínica de bebês**. Curitiba: Associação Psicanalítica de Curitiba. Ano IV, n. 4, dezembro de 2000, p.68-75.

BERNARDINO, L. M. F.; KUPFER, M. C. M. A criança como mestre do gozo da família atual: desdobramentos da “pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil”. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 661-680, set. 2008.

BIRMAN, J. Arquivo da agressividade em psicanálise. **Natureza Humana**, v. 8, n. 2, p. 367-379, jul./dez., 2006.

_____. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: 34, 1997.

BOUKOBZA, C. O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Org.). **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 15-26, 2002.

BRUDER, M. C. R.; BRAUER, J. F. A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 513-521, set./dez. 2007.

BRUNELLE, Y; SAUCIER, A. **Les indicateurs et le système de soins**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1999.

CABASSU, G. Palavras em trono do berço. In: WANDERLEY, D.B. (Org.). **Palavras em torno do berço**. Salvador: Álgama, 1997, p. 21-32.

CAMPANA, A. O. et al. **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001.

CAMPANÁRIO, I. S. Intervenção a tempo em bebês com risco de autismo. In *Proceedings of the 5. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 2004* [online]. 2004. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2010.

CLAVREUL, J. **A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês**. Porto Alegre: Artes e Ofícios E., 1997.

COSTA PEREIRA, M. E.; LAZNIK, M-C. Discussão sobre a articulação entre psicanálise e pesquisa. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Org.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008, p. 15-48.

COUTINHO, A. B. V. **A inserção da psicanálise no campo educacional: apropriações de um discurso.** 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CRESPIN, G. C. **A clínica precoce: o nascimento do humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DE LEMOS, C. T. G. **Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de câmbio.** Substratum, v. 1, n. 1, 1992.

DEBRAY, R. **Bebês/mães em revolta.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1988.

DIAS, M. M. Progressos da ciência, destinos do sujeito. In: KUPFER, M. C. M.; TEPERMAN, D. W. (Org.). **O que os bebês provocam nos psicanalistas.** São Paulo: Escuta, 2008. p.71-84.

DOLTO, F. (1984) **A imagem inconsciente do corpo.** São Paulo: Perspectiva, 1992.

_____. **Psicanálise e pediatria.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

DOR, J. **A cientificidade da psicanálise.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Tomo I – A alienação da psicanálise.

_____. **Introdução à leitura de Lacan.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991a.

_____. **O pai e sua função em psicanálise.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991b.

DUNKER, C. I. L. Clínica, linguagem e subjetividade. **Distúrbios da Comunicação,** São Paulo, v.12, p.39 - 61, 2001.

_____. Estruturas clínicas e constituição do sujeito. In: BERNARDINO, L. M. F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição.** São Paulo: Escuta, 2006. p. 121-140.

DUTRA, F. G.; BERNARDINO, L. M. F. A avaliação psicanalítica na pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa.** São Paulo: Escuta, 2008, p. 149-70.

ELIA, L. **O conceito de sujeito.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. **Clínica e pesquisa em psicanálise.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19-35.

FARIA, M. R. **Constituição do sujeito e estrutura familiar - O Complexo de Édipo de Freud a Lacan**. São Paulo: Cabral, 2003.

FERRARI, I. F. A psicanálise no mundo da ciência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 8, n. 11, p. 82-91, jun. 2002.

_____. Agressividade e violência. **Psicologia Clinica**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.49-62, 2006.

FERREIRA, S. A interação mãe-bebê: primeiros passos. In: WANDERLEY, D.B. (Org.). **Palavras em torno do berço**. Salvador: Álgama, 1997. p. 77-88.

FERREIRA, S. M. O. **A interação mãe-bebê - Primeiros passos**. Dissertação de mestrado, UFPE, 1990.

FERREIRA, S. S. Manhês: uma questão de estrutura. In: SALES, L. (Org.). **Por que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade**. Salvador: Álgama, 2005, 19-29.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

FILHO, N. A. **Epidemiologia sem números: Uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

FILLOUX, J. Sobre o conceito de transferência no campo pedagógico. **Revista Estilos da Clínica**. São Paulo: USP, v. VIII, n.13, 2002, p.42-77.

FINK, B. Ciência e psicanálise. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Org.). **Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 68-79.

FINK, B. **O sujeito lacaniano; entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, p. 2-6, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOURMENT-APTEKMAN, M. C. Resistências à psicanálise do bebê: contribuição da psicologia do desenvolvimento. In: COLÓQUIO FRANCO-BRASILEIRO SOBRE A CLÍNICA COM BEBÊS, 2005. **Proceedings**, 2005 [online]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000072005000100003&lng=en&nrm=ISO>. Acesso em: 9 mar. 2010.

FRANCO, S. G. O brincar e a experiência analítica. **Ágora**, v. 6, n. 1, p.45-59, jan/jun. 2003.

FREUD, S. (1893) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.3.

_____. (1905). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. v. 8.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v. 7.

_____. (1908). Escritores criativos e devaneio. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 9.

_____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 12.

_____. (1913). Totem e tabu e outros trabalhos. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 13.

_____. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b, v 14.

_____. (1915). Pulsões e destinos da Pulsão. In: Hanns L.A. (Trad.). **Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004, p. 133-173. v.1.

_____. (1915). Repressão. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v. 14.

_____. (1916). O estranho. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 17.

_____. (1916-17). Psicanálise e psiquiatria. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v 16.

_____. (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b, v 17.

_____. (1919). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a, v 17.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 18.

_____. (1921). Psicologia de grupo e a análise do ego. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.18.

_____. (1930). Mal estar na civilização. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 21.

_____. (1938). Esboço de psicanálise. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 22.

_____. (1893-1895) Estudos sobre a histeria. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.2.

_____. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.1.

GARCIA, C. Saber e ciência: psicanálise, saúde pública e saúde mental. **Cadernos IPUB**, VIII(21), 2002, p. 61-78.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está. **QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ? Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, abril 2009,. p. 239-263.

HANNS, L. A. Psicoterapias sob suspeita - A Psicanálise no século XXI. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JUNIOR, N.; ROSA, M. D. (Org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 175-203.

INFANTE, D. O sujeito na clínica do desenvolvimento infantil. **Estilos da Clínica**, São Paulo, ano 2, n. 3, p. 91-94, 1997.

JERUSALINSKY, A. N. Como a linguagem é transmitida: In: BERNARDINO, L. M. F.; LICHT, R. W. (Org.). **Revista Psicanálise e clínica de bebês**. Curitiba: Associação Psicanalítica de Curitiba. Ano Iv, n. 4, dezembro de 2000a, p. 9-15.

_____. Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos – AP3. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Org.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008b.

_____. Falar uma criança. In: **Apostila do curso clinica com bebês: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: IPUSP e LEPSI, p. 31-48, 2000b.

_____. **Saber falar: como se adquire a língua?** Petrópolis: Vozes, 2008a.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Álgama, 2002.

JULIEN, P. **Abandonarás teu pai e tua mãe**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

KOLTAI, C. **Política e psicanálise. O estrangeiro**. São Paulo: Escuta, 2000

KUPFER, M. C. M. Autismo: uma estrutura decidida? Uma contribuição dos estudos sobre bebês para a clínica do autismo. In: KUPFER, M. C. M.; TEPERMAN, D. W. (Orgs.). **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008. p.41-47.

_____. **Educação para o futuro: psicanálise e educação**. São Paulo: Escuta, 2007.

KUPFER, M. C. M. et al. **Relatório científico final: Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise (PT Fapesp n. 2003/09687-7)**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

_____. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio, 2009.

_____. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.6, n. 2, p. 7–25, 2003.

KUPFER, M. C. M. Françoise Dolto: uma médica de educação. **Rev. Mal-Estar Subj.**, set. 2006, v. 6, n. 2, p. 561-574. [On-line]

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar. 2009.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 359-364, set./dez. 2005.

KUPFER, M. C. M.; ZANETTI, S.A.S. O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. In: LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. (Org.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008, p. 179-96.

LACAN, J. (1938). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 29-90.

_____. (1948) A agressividade em psicanálise. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 96-103.

_____. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 104-126.

_____. (1953-54). **O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. (1954-1955). **O Seminário, livro II: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. (1955). **O Seminário, livro II: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. (1955-56). **O Seminário, livro III: as psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. (Livro, 3).

_____. (1956-57) **O seminário, livro IV: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. (1957-58). **O seminário, livro V: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1999.

_____. (1958) Psicanálise verdadeira, e a falsa. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p.173-182.

_____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. (1961-1962). **O Seminário, livro IX: a identificação**. (inédito).

_____. (1962-1963). **O Seminário, livro X: a angústia**. (inédito).

_____. (1964). **O Seminário, Livro XI: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. (1965). A ciência e a verdade. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. (1966). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 96-103.

_____. (1966-67). A lógica da fantasia. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 323-28.

_____. (1969). Nota sobre a criança. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p.369-70.

_____. (1969-70). **O Seminário, livro XVII: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. A agressividade em psicanálise. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 104-126.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 659-66, 2005.

LAPLANCHE, J. La enseñanza del psicoanálisis em la Universidad. In **Interpretar [con] Freud y otros ensayos**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1978, p. 97-112.

_____. Un doctorat em psychanalyse. **Psychanalyse à l'Université**, v. 6, n. 21, p. 5-8, 1980.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1973, p. 350-351.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Álgama, 2004.

LAZNIK, M. C. et al. Interações sonoras entre bebês que se tornaram autistas e seus pais. In: BERNARDINO, L.M.F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006. p. 95-106.

LAZNIK, M. C. **Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança**. Salvador: Álgama, 1999, p. 129- 140.

LAZNIK-PENOT, M. C. (Org.). **O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas**. Salvador: Álgama, 1991.

_____. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D.B. (Org.). **Palavras em torno do berço**. Salvador: Álgama, 1997. p. 35-51.

LEBRUN, J. P. **Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica do social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

MARIOTTO, R. M. M. **Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês**. São Paulo: Escuta, 2009.

MEIRA, R. Trabalho com bebês com refluxo gastroesofágico. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Org.). **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002, p.129-136.

MELTZER, H. et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, n. 177, p. 534-539, 2000.

MEZAN, R. (1994). Pesquisa teórica em psicanálise. **Psicanálise e Universidade**, 2, 51-75.

_____. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MEZAN, R. O que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, L. **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993. p. 49-89.

_____. Psicanálise e pósgraduação: Notas, exemplos, reflexões. **Psicanálise e Universidade**, 14, 2001, p.121-162.

MIJOLLA-MELLOR, S. (2004). La recherche en psychanalyse à l'université. *Recherches en Psychanalyse*, v.1, n.1, p. 27-47. Disponível em: <http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=REP&ID_NUMPUBLIE=REP_001&ID_ARTICLE=REP_001_0027>. Acesso em: 21 abr. 2010.

NASIO, J. D. **O que é um caso? Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001, p. 11-31.

NIKAPOTA, A. D. Child psychiatry in developing countries. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, n.158, p.743-751, 1991.

PACHECO FILHO, R. A. O debate epistemológico em psicanálise (à guisa de introdução). In: Pacheco Filho, R. A.; COELHO Junior, N.; Rosa, M. D. (Org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 15-42.

PATTO, M. H. S. **Mutações do cativo, escritos de psicologia e política**. São Paulo: EDUSP, 2000.

PEREIRA, M. E. C. O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: Encontros e desencontros. In: QUINET, A. (Org.), **Psicanálise e psiquiatria – Controvérsias e Convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 55-68.

PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença (uma introdução)**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PINTO, J. F. Psicanálise e ciência – O sujeito da ciência como ponto de estruturação interna da psicanálise. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JUNIOR, N. C.; ROSA, M. D. (Org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 165-73.

PRÉVOST, C. M. **La psychologie clinique**. Paris: PUF, 1988.

ROHENKOHL, C. O questionamento da prevenção em psicanálise e a possibilidade de antecipação como forma de uma intervenção analítica com profissionais de outras áreas. (Apresentado nos Estados Gerais de Psicanálise), 1999.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. IV, n. 2, p. 329-348, 2004.

ROSA, M. M. M. **Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês**. São Paulo: Escuta, 2009.

RUDELIC-FERNANDEZ, D. Linguagem do caso: modelos e modalidades. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, n. 35 (64/65), p. 57-71, dezembro 2002.

SAURET, J. M. A pesquisa clínica em psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v.14, n.3, p. 89-104, 2003.

SOLER, C. O sujeito e o Outro II. In: FINK, B.; FELDSTEIN, R.; JAANUS, M. (Org.). **Para ler o seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1997.

STERN, D. N. **O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

TEPERMAN, D. W. **Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo.** São Paulo: Casa do Psicólogo; Fapesp, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais: idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa.** Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, v. 80, n. 5, suppl., p. 173-180, 2004.

VERAS, V. A inter-dicção do singular. **Cadernos de estudos lingüísticos.** Campinas, n. 38, jan./jun, p. 121-129, 1999.

VIEIRA, M. A. Dando nome aos bois: Sobre o diagnóstico na psicanálise. In: FIGUEIREDO, A.C. (Org.). **Psicanálise: pesquisa e clínica.** Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001, p. 171-179.

VIOLANTE, M. L. V. Pesquisa em psicanálise. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO Junior, N.; ROSA, M. D. (Org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 109-17.

VOLTOLINI, R. Do contrato pedagógico ao ato analítico: contribuições à discussão da questão do mal-estar na educação. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 101-11, 2001

VORCARO, A. A transferência em avaliações psicanalíticas de crianças: um debate. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa.** São Paulo: Escuta, 2008, p. 161-170.

VORCARO, A. et al. A identificação materna na constituição subjetiva. In: KUPFER, M. C. M.; TEPPERMAN, D. W. (Org.). **O que os bebês provocam nos psicanalistas.** São Paulo: Escuta, 2008. p.49-69.

VORCARO, A. M. R. Linguagem maternante e língua materna: sobre o funcionamento lingüístico que precede a fala. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Org.). **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WANDERLEY, D. B. (Org.). **Palavras em torno do berço.** Salvador: Álgama, 1997.

WILLIAMS, J. et al. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, p. 601-606, 2004.

WINNICOTT, C. (Org.). **Explorações psicanalíticas**: WINNICOTT, D. W. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994a.

WINNICOTT, D. W (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas**. São Paulo: Imago, 2000. p. 316-331.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: _____. **Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas**. São Paulo: Imago, 2000. p. 399-405.

_____. **A família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994b.

ZENONI, A. Traitement” de l'autre. Préliminaire, Antenne 110, Bruxelas, n. 3, p. 101-113, 1991.