

A CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE DIANTE DO DIAGNÓSTICO EM BEBÊS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Maycon Andrade Fraga**
*Helena Maria Medeiros Lima***
*Maria Cristina Machado Kupfer****

RESUMO

O presente artigo parte de uma experiência de um psicólogo e psicanalista em uma instituição pública de saúde, no setor de estimulação e intervenção precoce, para discutir as implicações do processo de diagnóstico de bebês na construção da parentalidade, os manejos do analista em face dessa passagem de indefinição e investigação para a nomeação do diagnóstico, os eventuais efeitos psicológicos nos cuidadores diante desse processo: o sofrimento e o luto. Assim, são apresentadas duas vinhetas clínicas e os diferentes desdobramentos da revelação do diagnóstico no laço de cada dupla mãe-bebê. Conclui-se ressaltando a necessária presença de um analista nesse momento de passagem e nomeação do diagnóstico, bem como a implicação do profissional de saúde e da equipe sobre a compreensão do impacto dessa nomeação no exercício e construção da parentalidade.

*Psicanalista. Psicólogo. Mestrando em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo IP-USP. Especialista em Psicanálise e Saúde pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Pesquisador do grupo “Psicanálise e Intervenções Escolares” (IP-USP e FE-USP) e membro do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição (LABPSI-USP).

**Psicanalista. PhD em Saúde Pública e Bióloga pela USP. Mestre em Psicologia Social e Psicóloga pela PUC/SP. Coordenadora e docente no curso Clínica Psicanalítica de Moçambique desde 2019. Pesquisadora do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (LATESFIP-USP).

***Psicanalista, professora titular sênior do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e fundadora do Lugar de Vida - Centro de Educação Terapêutica. É bolsista de produtividade do CNPq. Cofundadora do LEPSI — Laboratório Interunidades de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas e Educacionais sobre a infância, IP-FE/USP. Membro da Association Analyse Freudienne, na França, e editora da Revista “Estilos da Clínica” (USP).

Palavras-chave: parentalidade; diagnóstico; bebê; psicanálise; equipe interdisciplinar.

THE CONSTRUCTION OF PARENTALITY FACE WITH DIAGNOSIS IN BABIES: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

This article starts from the experience of a psychologist and psychoanalyst in a public health institution, in the sector of stimulation and early intervention, to discuss the implications of the process of diagnosing babies for the construction of parenthood, the analyst's handling of this passage of uncertainty and investigation for naming the diagnosis, and the possible psychological effects on caregivers in the face of this process: suffering and grief. Thus, two clinical cases are presented and the different unfolding of the disclosure of the diagnosis in the bond of each mother-baby pair. It concludes by emphasizing the necessary presence of an analyst at this moment of passing and naming the diagnosis, as well as the implication of the health professional and the team on understanding the impact of this appointment on the exercise and construction of parenthood.

Keywords: parenting; diagnosis; baby; psychoanalysis; interdisciplinary team.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA PARENTALIDAD FRENTE AL DIAGNÓSTICO EN BEBÉS: UN INFORME DE EXPERIENCIA

RESUMEN

Este artículo parte de la experiencia de un psicólogo y psicoanalista en una institución de salud pública, en el sector de estimulación e intervención temprana, para discutir las implicaciones del proceso de diagnóstico de los bebés para la construcción de la parentalidad, el manejo del analista de este pasaje de incertidumbre e investigación para la denominación del diagnóstico y los posibles efectos psicológicos en los cuidadores frente a este proceso: sufrimiento y luto. Así, se presentan dos viñetas clínicas y el diferente desenvolvimiento de la revelación del diagnóstico en el vínculo de cada binomio madre-bebé. Concluye destacando la necesaria presencia de un analista en este momento de pasaje y nominación del diagnóstico, así como la implicación del profesional de salud y del equipo en la comprensión del impacto de esa nominación en el ejercicio y construcción de la parentalidad.

Palabras clave: parentalidad; diagnóstico; bebé; psicoanálisis; equipo interdisciplinario.

INTRODUÇÃO

O presente artigo parte de uma experiência de um psicólogo e psicanalista, inserido em uma equipe interdisciplinar de uma instituição pública de saúde, no setor de estimulação e intervenção precoce (SEIP)¹, localizada na Região Metropolitana de São Paulo², durante os anos de 2019 e 2020 (início da pandemia da COVID-19)³. Nesse serviço, uma questão foi feita pela mãe de um bebê e dirigida ao profissional: “*o que é o meu filho?*”. Esta pergunta é o ponto de partida que guiará este trabalho, a fim de tensionarmos, por meio da psicanálise, as implicações do processo de diagnóstico de bebês na parentalidade e os manejos do analista em face dessa passagem de indefinição e investigação para a revelação diagnóstica.

Diante de um problema em que a medicina “falha” ou, ainda, não consegue responder, os pais deixam muitas vezes de aceder a seu saber inconsciente sobre seus filhos e à construção de um sujeito, passando a buscar o diagnóstico como modo de se saber “*o que o filho é*”. Nessas circunstâncias, quais os efeitos dessa indefinição e, por consequência, da nomeação do diagnóstico sobre a construção da parentalidade?

Notou-se que a problematização entre psicanálise, parentalidade e diagnóstico de bebês é escassa, após um levantamento bibliográfico realizado em livros e nas bases de dados da CAPES, SciELO e LILACS, onde foram obtidos 27 (vinte e sete) resultados, mas sem necessariamente articular as três temáticas. As pesquisas mais frequentes dizem respeito à medicalização na infância, ao crescente movimento de diagnósticos em crianças e à proposta de se repensar uma nova psicopatologia. Especificamente a respeito da clínica com bebês, as pesquisas que problematizam os diagnósticos estão comumente apontando para psicopatologias (psicoses e autismo), trazendo um alerta quanto ao efeito bumerangue dessa classificação, podendo destituir o nome próprio daquele que é diagnosticado, ou, ainda, do risco de se selar um destino e ter efeitos iatrogênicos na construção da subjetividade do bebê.

Por outro lado, quando se volta para a parentalidade, o cenário é diferente. As pesquisas dirigem-se aos elementos necessários para subjetivar um bebê e ao que compete à transmissão parental e da família, assim como os impasses para exercer a parentalidade em nossa época.

Contudo foi possível encontrar um trabalho que aborda os efeitos do diagnóstico de psicopatologia na infância para a construção da relação mãe-bebê pelo viés psicanalítico (Tibiricá *et al.*, 2022). Assim, pode-se pensar que a reflexão sobre a construção da parentalidade sob essas circunstâncias pode contribuir para os estudos deste tema no campo da psicanálise, bem como para a prática e capacitação dos profissionais de saúde que atendem este público.

Diante de uma suspeita (ainda sem nome) de um possível problema no desenvolvimento infantil, as famílias e seus bebês/crianças eram encaminhados por alguns dispositivos de saúde municipais para o SEIP. Composto por assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, médico neuropediatra, psicólogo e terapeuta ocupacional e ainda em formato experimental com prazo final definido, o novo serviço vinha atender a uma demanda reprimida na rede de saúde e inaugurar uma modalidade de atendimento inexistente no município⁴.

Portanto, era naquele cenário que as famílias se apresentavam: com uma alta expectativa de usufruírem de um tratamento e acompanhamento de saúde inédito, gratuito e “completo” para seu filho⁵; certa desconfiança diante do que sabiam sobre a instituição, ao mesmo tempo em que muitas delas diziam não saber o real motivo de estarem ali. Para aquelas famílias especificamente, havia um enigma em relação ao que acontecia ou poderia acontecer com seus bebês, já que os encaminhamentos que portavam em mãos, muitas vezes, nada diziam, de fato, sobre o presente ou sobre o futuro de seus filhos.

Em relação aos atendimentos da Psicologia, a atuação do psicólogo se pautava na clínica psicanalítica com bebês, na qual o trabalho se dá com aqueles bebês ou crianças pequenas que tenham alguma condição orgânica⁶, problemas de desenvolvimento psicomotor, de linguagem e aprendizagem ou entraves na constituição psíquica⁷. As famílias também são encaminhadas para este tipo de atendimento quando os bebês, na perspectiva da Pediatria, falham em relação à expectativa de alcançarem os marcos do desenvolvimento em cada idade; quando o exercício da maternidade e paternidade se encontra impedido ou obstruído; ou quando o comunicado do diagnóstico patológico, que finalmente chega, incide na realização futura dos ideais sociais e parentais (Jerusalinsky, 2002).

A respeito do exercício da parentalidade, retoma-se a questão ponto de partida deste trabalho para fazer novas indagações e avançar: o que é ser uma mãe e um pai? Como se constrói essa função? O diagnóstico de um problema pode incidir nessa construção? A partir da apresentação de duas vinhetas clínicas, pretende-se abordar a construção da parentalidade diante da passagem de chegarem para um serviço com seus bebês sem diagnóstico para o momento em que esses bebês recebem um diagnóstico médico.

A PARENTALIDADE COMO EFEITO DO LAÇO SOCIAL

Apesar de algumas vertentes da Biologia e da Psicologia abordarem a maternidade e a paternidade como funções ditas naturais, aqui se parte do pressuposto de que ambas são construções que dependem da interação entre os que ali estão presentes, onde não existe amor inato, como já apontado por Hilferding (1911-1991). Considerando que tais papéis não estão dados de antemão, ao tratar o tema pelo viés da psicanálise, coloca-se em jogo o modo pelo qual cada sujeito encontrará, ou não, caminhos para se tornar pai ou mãe, assim como os desdobramentos que emergirão a partir dessa assunção.

Ao debruçar-se a respeito da ideia de família, Lacan já indicava que se tratava de um conjunto de indivíduos, no qual os adultos têm a função de garantir a sobrevivência dos mais jovens e a de assegurar a transmissão de elementos necessários para que advenha um sujeito (Lacan, 1938-2003a). Isto é, o processo de constituição subjetiva de um *enfant*, em que as palavras e os cuidados corporais de um Outro primordial, sustentado por um interesse particularizado e um desejo não anônimo (Lacan, 1969-2003b), atravessam e marcam o corpo do recém-nascido, e, como resultado, tem-se a **transmissão de um nome** e de um lugar na filiação (“filho de”).

Nesse sentido, independentemente do gênero e orientação sexual desses adultos, trata-se de funções nas quais o que lhes compete é a transmissão simbólica e cultural e a inserção do filho na civilização (Lacan, 1938-2003a). Em vista disso, tais processos são absolutamente singulares, decorrentes da linguagem e afetados pela época e pelo laço social, o que diz respeito ao cruzamento entre tempo e espaço.

Considerando que o modelo heterossexual monogâmico de família já não mais se sustenta com hegemonia e em virtude das constantes mudanças e diferentes configurações familiares em nossa cultura ocidental

contemporânea, o neologismo “parentalidade” ganhou força na França, durante a década de 80 com René Clement e Serge Lebovici (Iaconelli, 2019). O termo surge com o intuito de agrupar os papéis e funções maternas e paternas, assim como desvincular a equivalência entre genitor e aquele que ocupa a função (Silva, 2004; Teperman, 2014; Iaconelli, 2019).

Nessa vertente, consideramos aqui que a maternidade e a paternidade não estão garantidas por meio do ciclo gravidez-parto-puerpério; estes são lugares simbólicos (envolvendo aspectos sociais, políticos e libidinais) e discursivos, encarnados, frequentemente, por representantes sociais: os pais. Diante de inúmeras abordagens do termo *discurso*, aqui se faz uso a partir de uma perspectiva da psicanálise lacaniana em que o discurso é uma estrutura fundada no funcionamento da linguagem na qual subsistem certas relações fundamentais entre seus elementos, o que, por consequência, estabelece formas de relações e vínculos sociais (Lacan, 1969/70-1992), isto é, o discurso faz laço social. Nesse sentido, a chegada de uma criança provoca reacomodações discursivas⁸ nos indivíduos ali presentes, “uma vez que não há anterioridade da função materna e paterna – elas se constituem simultaneamente à instituição do lugar discursivo de filho” (Rosa & Lacet, 2012, p. 361).

Há ainda outro aspecto que o termo parentalidade vem abarcar, também pautado em um recorte de época, que é a parentalidade como um assunto de ordem pública. Com a articulação entre o discurso de profissionais que trabalham diretamente com crianças e famílias (seja na saúde ou educação), o discurso do poder público judiciário, preocupado com as organizações familiares, e os discursos dos “especialistas em família”, que questionam, deslegitimam e recomendam modos adequados para se exercer a parentalidade, surge uma dimensão normativa e homogeneizadora da parentalidade, provocando nos pais um constante sentimento de incompetência e insuficiência na criação de seus filhos (Teperman, 2014).

A constatação de que os discursos científico, pedagógico e jurídico, que rondam o âmbito familiar, interferem e/ou legislam sobre os modos de ser pai e mãe, leva-nos a questionar com Teperman (2012) sobre “o quanto não seriam os próprios profissionais os desencadeadores nos pais da expectativa sobre a existência de um bom modo de ser pai ou mãe [...]” (p. 145), visto que, ao ofertarem esta possibilidade, gera-se uma demanda de uma parentalidade ideal.

A partir dessa perspectiva de que os discursos, delimitados a cada época, incidem nas construções parentais, Iaconelli (2019) ressalta que a “reprodução humana é sempre reprodução de laço social, não de corpos” (p. 21), uma vez que somos seres de linguagem e que apenas existe aquele corpo que se diz.

Diante disso, dentre os discursos referidos, salienta-se o médico-científico a fim de prosseguirmos e ponderarmos a respeito de seus efeitos na reprodução do laço social. O que acontece com a construção da parentalidade quando o discurso médico-científico é também convocado a dizer algo sobre o filho, principalmente quando se suspeita de que este não está respondendo ao que se espera para sua idade?

O DIAGNÓSTICO MÉDICO NOS PRIMÓDIOS DA PARENTALIDADE

Freud (1914-2010a) defendia a ideia de que o amor dos pais para com um filho dizia respeito ao narcisismo dos pais renascido, de que eles depositavam, na *majestade, o bebê*, a expectativa de que este pudesse concretizar os sonhos que os pais não realizaram. Este olhar parental supõe, antecipa e sustenta o que ainda não está lá no bebê, mas que se aposta enquanto potência, enquanto vir a ser.

Durante esse processo, já se fala desse bebê, ele possui um nome escolhido por algum motivo, compram-se roupinhas e imagina-se um futuro para ele, o que o leva a ter um lugar na família. Pois bem, se há um lugar na família à espera deste bebê, ele tem de ocupá-lo aos poucos; trata-se de uma escolha forçada, considerando que esse é o que o lactante tem à sua disposição. Caso contrário, não haverá lugar algum, restando o desamparo. Uma vez que o bebê adentra o campo do desejo do Outro, surge a possibilidade de um enlace entre corpo e linguagem (Bernardino, 2020).

É nesse enlace que se dá o início da subjetivação do *enfant* e, para tanto, se faz necessário que o corpo biológico do recém-nascido seja inscrito no campo do Outro, no campo simbólico, na lei e na cultura. Tal articulação ocorre quando as palavras usadas pelos cuidadores, e o modo como o dizem, recobrem e desenham o corpo biológico deste novo membro familiar (Bernardino, 2020). Esses aspectos produzem marcas no corpo biológico, que, somadas aos cuidados diários, passam a desenhar um corpo erógeno⁹ no bebê e fundam o psiquismo (Freud,

1914-2010a). Assim, a subjetivação ocorre quando a linguagem atravessa o corpo, processo que passa por uma transmissão não sem os significantes de seus cuidadores, que se ocuparão de inscrever o bebê em uma filiação, na novela familiar e em uma discursividade.

Considerando que as palavras compõem a rede simbólica desde a gestação e marcam os corpos e o psiquismo do bebê desde o nascimento, examinam-se os efeitos da entrada de outro elemento discursivo e possíveis novos significantes (a rigor, o discurso médico e o diagnóstico) nos primórdios da construção da parentalidade, o que, sem dúvida, está articulado à subjetivação de um bebê.

Para se identificar a lógica vigente de conduta médica, especialmente quanto ao diagnóstico, faz-se necessário um resgate do funcionamento e dos elementos que estruturam a clínica médica ocidental contemporânea.

Na visão de Foucault (1977), a clínica se trata de um olhar... de um olhar para o corpo. Partindo deste ponto, ele observa que, com a transição da medicina clássica para a medicina moderna no final do século XVIII, o que mudou foi a maneira de se dizer e ver os corpos; surge “um novo perfil do perceptível e do enunciável” (Foucault, 1977, p. XVII).

Esta mudança no olhar avança por meio da biomedicina, diagnósticos por imagem e exames laboratoriais, por exemplo. Esta nova posição da medicina em relação ao doente se estabeleceu como *práxis* vigente.

Em conjunção com essas mudanças reducionistas da medicina, existe um conjunto de elementos estruturais que se manteve na clínica. Conforme Dunker (2000), são eles: a semiologia, a diagnóstica, a etiologia e a terapêutica.

A *semiologia* (matriz da atual medicina moderna) diz respeito à classificação dos signos, sintomas e traços que devem indicar diferenças significativas para o olhar do clínico. Enquanto isso, o *diagnóstico* refere-se a uma comparação, seja de aproximação ou distanciamento dos signos, o que “implica na capacidade de discernimento acerca do valor e da significação que um conjunto de signos possuem quando estes aparecem de forma simultânea ou sucessiva na particularidade de um caso” (Dunker, 2000, p. 42). Já na *etiologia*, trata-se de determinar a origem, a causa da doença. Por fim, a *terapêutica* está relacionada: a uma concepção de cura; à inserção ou remoção de um elemento e/ou condição; à preparação de

um paciente para a ação terapêutica; e às recomendações e deveres que devem ser seguidos pelo paciente durante o tratamento (Dunker, 2000).

Ao esmiuçar os fundamentos da estrutura da clínica, Dunker (2011) assinala que *o diagnóstico é um ato*, um ato bastante valorizado na atualidade e que está presente em diferentes esferas sociais, ultrapassando os modelos de saúde (Dunker, 2015). Em virtude da expansão e inserção do ato diagnóstico, o autor propõe que seja chamada de diagnóstica, pois envolve “um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular.” (Dunker, 2015, p. 20)¹⁰. Portanto, o diagnóstico vai além de nomear o adoecimento, aponta para a reconstrução dos modos de viver, visto que ele incide nos âmbitos econômico (como arcar com as despesas decorrentes do adoecimento), social e moral (caso haja um estigma na cultura familiar), educacional (caso implique restrições ou cuidados especiais) e jurídico (se o plano de saúde não arcar com o tratamento ou se for necessário recorrer à defensoria pública para garantir o tratamento). Outras dimensões abarcadas são a psíquica e a emocional, visto que o diagnóstico pode afetar consideravelmente o horizonte futuro, necessitando ressignificar o passado e as perspectivas futuras (Dunker, 2015).

Diante de tais explicações, pode-se afirmar que o diagnóstico médico é, muitas vezes, um problema para os psicanalistas contemporâneos, em virtude das últimas versões dos Manuais Diagnósticos terem sofrido mudanças na racionalidade psicopatológica, ao estabelecerem um maior estreitamento com a medicina biofisiológica, trazendo a soberania dos psicofármacos no tratamento das questões mentais (Dunker & Kyrillos Neto, 2011). Essa alteração da racionalidade clínica abre espaço para que o clínico possa fazer uma leitura e interpretação do mal-estar e do sofrimento de maneira patológica, apontando prontamente um diagnóstico. Ressalta-se que a ideia não é rechaçar o uso dos manuais, principalmente porque eles têm uma importante função social de unificar a linguagem médica na saúde, pautar as políticas públicas e a educação dos profissionais de saúde, mas a de que seu uso precisa ser comedido, o que traz um alerta para a forma como os profissionais irão utilizá-los.

Desse modo, em um cenário de uma instituição pública de saúde, como lidar com a questão do diagnóstico médico? Sabe-se que um diagnóstico

quando feito sem prudência pode ter efeitos violentos, como a classificação; a criação de um grupo e exclusão de outro, por consequência; a fixação sob um nome e, porventura, a obliteração da subjetividade (Vieira, 2001).

Considerando o trabalho em uma instituição de saúde, faz-se necessário observar que o diagnóstico é intrínseco à prática clínico-institucional, pois, além de definir e guiar o tratamento clínico e medicamentoso, também está articulado a conquistas sociais e econômicas. Todavia isso não significa que seja preciso aderir a tal fenômeno de qualquer maneira. Em virtude de seu potencial iatrogênico, faz-se necessário abordá-lo com cautela, visto que o diagnóstico é um significante que marca o corpo e promove possíveis identificações; assim, é imprescindível trabalhar os impactos dessa revelação e localizar o lugar na cadeia de significantes que o diagnóstico irá ocupar para aquele que o recebe.

Nas instituições de saúde no Brasil, o discurso dominante é o biomédico. Segundo Souza (1999), nestes ambientes preza-se pela hierarquia do saber médico (em que doença e doente são separados no atendimento), então, os saberes de outros profissionais somente podem adentrar quando o saber médico falha. A entrada de outros discursos estremece esta hegemonia discursiva do saber médico, e é neste abalo e nos impasses subsequentes que se abre a possibilidade para o psicanalista colocar o doente para dizer de sua doença, convidar o doente a ocupar um lugar de sujeito e dizer de seu mal-estar.

Aqui, faz-se necessário demarcar um aspecto: este artigo faz referência ao diagnóstico daqueles (bebês) que ainda não estão aptos a ocupar este lugar de sujeito e dizer dele. Devido a uma insuficiência do aparato biológico, que está em desenvolvimento e maturação, à inserção no mundo das palavras, que está ocorrendo, e à subjetivação ainda em processo, estes pequenos humanos ainda não conseguem dizer de si. No entanto, comumente, existem aqueles que dizem por seus bebês: os pais.

É nessa vertente que se caminha para abordar os efeitos, nos pais, da investigação diagnóstica (e, eventualmente, da nomeação de um diagnóstico) de seu bebê, principalmente porque aqui estamos diante dos primórdios da parentalidade e do enlace, isto é, do que liga pais e filhos. Quais impactos um diagnóstico pode ter na construção da parentalidade? A esse respeito, Rosa e Lacet (2012) comentam sobre um possível efeito e

alertam para o risco de a nomeação do diagnóstico se sobrepor à nomeação simbólica e encobrir o desejo parental de filiação. O desejo anônimo da Ciência, somado a uma nomeação genérica, pode provocar filiações nem sempre simbólicas e acarretar a possível primazia do significante “criança” em prol do significante “filho” no processo de parentalidade.

Ao levar em conta os primórdios da parentalidade para um adulto, o que se tem entre a “criança” e o “filho”? Ou, mais precisamente, entre o bebê que está em investigação diagnóstica e o lugar de filho; o que se pode encontrar?

O SOFRIMENTO PARENTAL DIANTE DO “AINDA ESTAMOS INVESTIGANDO”

Em complemento ao que Freud (1914-2010a) havia assinalado, Colette Soler (2003) alerta que nem só com satisfação e deslumbramento majestoso um bebê pode ser recebido. A autora evidencia diferentes reações diante da chegada de um filho, como euforia, horror e até delírio, visto que um filho tem um valor de símbolo fálico, mas também “é objeto real, impossível de cifrar” (Soler, 2003, p.101).

Ao assinalar que se trata de um “impossível de cifrar”, pode-se apontar que existe uma dimensão de indizível na existência humana; há algo impossível de se codificar, de decifrar, de ser recoberto pela linguagem e pelas buscas de sentido. Exemplos comuns na relação entre pais e bebês, são as frequentes queixas de que os choros não cessam, que o sono não se mantém estável ou, ainda, a percepção de que este recém-chegado não passa de um estranho no ninho familiar (Garrafa, 2020).

Há também que se colocar nesta conta que o filho imaginado nunca é o encontrado (Dunker, 2020). Para Lebovici (2004), “quando o filho nasce e a mãe o pega no colo, ela pega o bebê real e também o imaginário¹¹” (p. 21). O bebê imaginário é portador dos sonhos, das fantasias maternas, das expectativas parentais e sociais, da história transgeracional e jamais corresponderá ao bebê da realidade que nasce inicialmente estranho. Este início requer um período de reconhecimento mútuo e de alinhamento dos ritmos da dupla (bebê-cuidador). Diante disso, estamos todos aquém em relação às expectativas e às funções esperadas por nossos cuidadores.

No entanto o que acontece com os pais quando o degrau entre o bebê esperado e o que chega é muito alto? E quando existe um prenúncio de

que algo não vai bem com o bebê? Diante da incerteza deste desconhecido, o que esperar do futuro deste pequeno humano?

Assim, adianta-se uma frase de uma mãe ante a indefinição do diagnóstico da filha: “*Eu preciso saber o que ela tem para saber o que fazer*”. Nota-se que a genitora vacila diante dos cuidados dirigidos à bebê, ela depende do conhecimento do Outro da Ciência¹² – referencial que acredita dever conhecer –, algo que a genitora ainda não sabe e que, ao enunciar esse conhecimento, poderá autorizá-la a agir conforme um conjunto de recomendações. Note-se que, de modo geral, essa dependência ao Outro da Ciência pode ser localizada nos pais contemporâneos. Não há, portanto, transmissão geracional, mas “científica”. Não é a avó que é consultada, mas o pediatra. E, quando a criança “tem” alguma coisa, os pais precisam mais ainda do especialista.

A vacilação presente nesta cena pode ser pensada, primeiramente, em termos de uma economia libidinal parental (Dunker, 2020), em conjunção com uma modalidade de laço estabelecida pelo discurso médico, em que a submissão do paciente ao conhecimento médico é central. Quanto à questão econômica, Dunker (2020) assinala que qualquer condição de filiação sempre requer uma economia libidinal por parte dos pais. A chegada de um filho reatualiza, nos pais, questões sobre a origem (vida e morte) e sobre as formas de amar e desejar, colocando, portanto, em cheque as condições necessárias de cada um para que isso aconteça. Também entram em pauta os modos como cada um foi amado e como se quer amar. E, quando se considera a existência de um caráter quantitativo da libido, como já apontado por Freud (1915-2010b), é possível pensar que o investimento em um filho pode ser mensurável e calculável, o que não corresponde à verdade. No entanto, em certas modalidades de sofrimento, em que ocorre principalmente o luto, há uma considerável retirada de quantidade de libido do objeto investido.

Para Freud (1915-2010b), no enlutado, há um estado temporário de rebaixamento libidinal e sofrimento ante a perda de uma pessoa amada ou de um ideal. Isto é, está em jogo uma questão econômica neste processo de retirada de libido do objeto ora investido; processo que leva tempo. Logo, após ultrapassar o trabalho do luto, o Eu fica desimpedido para reinvestir em novos objetos substitutos. Assim, todo nascimento de um

filho requer um luto por parte dos pais, um luto daquele bebê imaginado que nunca irá corresponder àquele que chega, o que, frequentemente, pode evidenciar um sofrimento. Com o intuito de demarcar o que seria sofrimento para a psicanálise, Dunker (2015) designa que este deveria responder ao menos a três condições: todo sofrimento conter uma demanda de reconhecimento; poder ser estruturado em uma narrativa, isto é, um trabalho de linguagem que diz de um objeto; e, como terceiro elemento, envolver processos de **indeterminação de sentido** e inversão de significação entre aquele que sofre e aquele que recebe a ação.

Diante de um sofrimento psíquico, o psicólogo ou psicanalista é aquele que é chamado para cuidar. Ele acolhe e reconhece o sofrimento, sustenta e maneja possibilidades para aqueles que sofrem poderem dizer e encontrar saídas para seus impasses, por meio das palavras que dizem e escutam. Vai conduzindo aquele que sofre na direção de reconhecer seu desejo e construir um saber próprio.

Assim, apesar do possível sofrimento em virtude do desencontro com a chegada de um bebê, pode-se dizer que todo investimento (ou reinvestimento) em um filho requer a assunção de um risco. Trata-se de um investimento às cegas e sem garantias de recebimento do prêmio da loteria. A expressão popular “filho não vem com manual” remete a esta falta de anterioridade que poderia orientar e garantir os modos de fazer e o quanto de investimento requererá. Garrafa (2019) nomeia este processo de *ato de entrada na posição parental*, que diz respeito à disposição parental em assumir o risco de reorganizar a própria vida, na qual a criança se torna um considerável ponto de ancoragem. E, para construir esta ideia de ato de entrada na posição parental, a autora se baseia na proposição lacaniana sobre ato analítico:

Encontramos nas ideias de Jacques Lacan a respeito do ato analítico, apresentadas em seu O Seminário, livro 15, um paralelo para pensar a entrada na posição parental como um ato que opera a partir da antecipação de uma certeza, cuja apreensão acontece em uma lógica interna não racionalizável. O ato não conta com apoio, reconhecimento ou garantia; sua validação ocorre em um segundo momento, pelos efeitos que faz operar. (Garrafa, 2019, p. 28).

Para Garrafa (2020), não há escapatória; trata-se de um mergulho em que os pais chegam antes, pois somente ao assumirem essa posição é

que poderão designar um lugar à criança na história transgeracional e no desejo familiar. Este ato, que determina um “antes” e um “depois”, marca uma divisória que será validada em um segundo momento: é a resposta que a criança dará diante desta designação que corresponderá à validação do ato parental (Garrafa, 2019). Além disso, tal ato acarreta a assunção de uma nova posição familiar, diante da sociedade e daquele que será reconhecido como filho. Desse modo, para a psicanálise laciana, toda parentalidade requer uma adoção subjetiva (Garrafa, 2020).

A partir dessas considerações, sugere-se que, em alguns cenários, as situações de indefinição do diagnóstico podem reforçar um efeito de indeterminação de sentido e incidir na economia libidinal. Este rebaixamento econômico pode, porventura, provocar efeitos de vacilação ou de dificuldades na construção da maternidade e nos modos de enlace na filiação; acarretando entraves nesse ato de entrada. No pronome indefinido oculto na pergunta que foi ponto de partida deste trabalho, podemos notar a indefinição diagnóstica e a indeterminação de sentido: *o que é (isso que é) o meu filho?*

Acompanharemos, com os casos a seguir, os manejos clínicos do psicanalista diante de impasses institucionais e do atravessamento do início da pandemia diante de dois modos de construção da parentalidade. Estes casos apresentam diferentes trabalhos psíquicos: a assunção da parentalidade em si, o impacto da indefinição diagnóstica e, ao mesmo tempo, o sofrimento decorrente do sentimento de indeterminação e do luto do bebê imaginado no contexto de uma possível patologia associada ao atraso no desenvolvimento.

DISCUSSÃO

Em um município com mais de 400 mil habitantes, o SEIP era o único serviço especializado em estimulação e intervenção precoce em funcionamento naquele período. O setor abarcava bebês e crianças, de zero a seis anos, que eram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou pelas maternidades do município, caso fosse identificada alguma patologia ou potencial atraso no desenvolvimento. Entre os casos atendidos, elegeram-se dois para discutirmos a construção da parentalidade naqueles que se deparavam com um enigma diante do

filho. Um enigma que se articulava a um estigma, devido à possibilidade de se constatar uma patologia.

Acompanham-se, na sequência, dois diferentes efeitos da passagem da indefinição à nomeação de um diagnóstico sobre a maternidade nas duplas Paula e Laís e Manoela e Joaquim (nomes aqui fictícios). Para Paula, o diagnóstico de Laís parece ter sido determinante para que ela pudesse assumir a maternidade da filha; enquanto, para Manoela, o manejo do analista de fazer resistência ao diagnóstico de Joaquim e apontar para a relação mãe-filho parece ter tido um efeito de autorização para Manoela assumir o filho, sua maternidade e reposicionar o diagnóstico.

O uso do significante genitora durante o texto designa a mãe biológica, que, por meio das intervenções psicanalíticas, permitiu abrir espaço para Paula e Manoela se subjetivarem, passarem ao lugar de mãe e exercerem sua função. Elas chegaram genitoras e passaram a ser mães de seus filhos.

PAULA E LAÍS: “*NENHUM MÉDICO DESCOBRE O QUE ESSA MENINA TEM*”

Acompanhada da genitora Paula, Laís chegou para o atendimento individual aos dois meses de idade; ela era a terceira filha do casal, sendo que os mais velhos eram garotos com idade de 11 e 9 anos, e os três são filhos do mesmo pai. O pai não foi a nenhum atendimento da Psicologia, mesmo quando requisitado, e a esposa Paula apresentou como explicação para a ausência a dificuldade com o horário.

Paula chegou à instituição um pouco desorientada e dizendo que não entendia o motivo pelo qual estava ali, visto que sua filha tinha nascido há poucas semanas. No início, estava bastante receosa e não conseguiu formular uma demanda, assim como se observava que ela parecia não entender como a equipe poderia ajudá-la. Apreensiva, dizia que não entendia o motivo de sua filha ter sido encaminhada para aquela instituição, já que, pelo que ela conhecia do nome/história do lugar, dizia respeito ao atendimento de “*pessoas deficientes ou com problema, e sua filha era normal*”.

Relatava que a filha teve sífilis congênita e que já tinha tratado com medicamentos na maternidade, mas, segundo Paula, os médicos disseram que Laís “*teria de ser acompanhada, pois poderia acarretar algo*”. Laís já

chegou para os atendimentos fazendo uso de uma medicação (aqui não especificada), mas Paula dizia não saber por qual motivo.

Paula dizia que cuidar da bebê era muito diferente do que cuidar dos outros filhos, pois “*os outros não tinham nada*”; e, como a Laís é “*diferente*”, ela “*não sabe muito bem o que fazer*”. Falava que “*os outros filhos nunca tiveram essa doença*” (aqui Paula fazia referência à sífilis congênita; doença que fora tratada).

Durante os primeiros atendimentos, notava-se que a genitora ficava bastante apreensiva, pouco falava sobre a bebê e não brincava. Inicialmente, comentou das dificuldades de amamentar, falava que não conseguia, preferia dar mamadeira. Sessões depois, Paula formula a ideia: “*o seu leite fará mal para a Laís*”. Essa construção relaciona-se com o diagnóstico de sífilis congênita; Paula acreditava que ainda poderia “*passar coisas ruins para sua bebê*”, portanto cogitava parar de amamentar. O esclarecimento de que ambas já estavam sem a bactéria não era suficiente para desmontar a fantasia de que Paula fazia mal à Laís.

Em um determinado dia, ao saírem da sala de enfermagem, o analista realiza uma intervenção com Paula: diante da uma fala (com “*manhês*”¹³) de Paula para Laís, a bebê sorriu para a mãe que não correspondeu. O analista pontuou: “*Que linda, ela gosta da mamãe!*”. Paula logo diz: “*Será mesmo?*” Aqui, estamos diante de uma dificuldade materna em estabelecer um laço de investimento com Laís, pois a culpa pela sífilis era muito presente. Notava-se uma vacilação de investimento libidinal: A genitora era capaz de endereçar sua voz coberta de musicalidade para a bebê e invocar Laís, mas a resposta da filha era recebida de maneira duvidosa pela mãe. A bebê passava de invocada para invocante (Catão & Vivès, 2011), porém era neste momento que o reconhecimento materno vacilava.

A ideia de prejudicar a bebê retorna e é acompanhada de uma suspeita. Paula dizia: “*Eu só faço mal para minha filha... Ela deve ter alguma coisa*”. A ideia de “*deve ter alguma coisa*” surgiu em paralelo com as primeiras devolutivas da equipe, quando os profissionais diziam que, no momento, Laís estava bem, estava sem atraso no desenvolvimento (as devolutivas ocorreram em torno dos 4 meses de idade de Laís). No entanto as falas da equipe amenizavam temporariamente a angústia de Paula, que logo depois surgia novamente com a ideia: “*Ela deve ter alguma coisa*”.

Somado a isso, Paula fracassava na tentativa de recorrer às suas próprias lembranças sobre seus outros filhos, a fim de constatar se havia, ou não, alguma diferença no desenvolvimento de Laís. As semanas se passavam e, de fato, a bebê não alcançava os marcos do desenvolvimento esperados para sua faixa etária, como apontavam as demais terapeutas.

As investigações da neuropediatra acerca do diagnóstico de Laís continuavam, apesar dos escassos exames e a lentidão do sistema público de saúde para conseguir realizar os pendentes. A neuropediatra ponderava acerca de microcefalia¹⁴ e encefalopatia crônica não evolutiva (paralisia cerebral)¹⁵; a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional diziam sobre hipertonia¹⁶, espasmos musculares¹⁷ e clônus¹⁸. Foram termos ditos e nada claros para Paula, mas que passaram a engendrar sua fala e o modo como perguntava e olhava para a bebê.

Ficava evidente que, para Paula, era impossível não olhar para este aspecto do corpo biológico de sua filha. Freud (1914-2010a) já alertava que o corpo erógeno não se faz sem o corpo biológico, contudo este corpo biológico de Laís estava distante de ser alçado à condição de sujeito psíquico por meio do olhar e voz de Paula.

Notava-se a dificuldade de Paula em poder voltar-se para a imagem de sua bebê, ficando retida no corpo biológico, no organismo. Conforme indica Lacan (1962/63-2005), há mães que não conseguem se deixar enganar por esta ilusão da imagem ideal e unificada do bebê, o que as leva a uma excessiva lucidez, que diz da dificuldade da mãe de se permitir iludir e “sonhar” seu filho (Bialer, 2016).

Após as outras terapeutas notarem e nomearem os atrasos no desenvolvimento de Laís, logo foram passadas orientações e exercícios para que a mãe os inserisse em sua rotina e os realizasse com a bebê em casa, imputando em conjunto a responsabilidade pelo avanço ou não de Laís. Em decorrência disso, surge um avassalador sentimento de insuficiência, e a vacilação reaparece em Paula, que clamava: *“Eu não consigo ajudar a minha filha; eu não sei o que fazer com ela; fico em dúvida se estou fazendo direito”*. Segundo Paula, o pai de Laís trabalhava e participava pouco dos cuidados da filha; eram os outros filhos que a ajudavam com a bebê.

Em uma cena, o analista brinca com Laís, a bebê corresponde ao jogo e sorri; Paula, então, olha para a filha e sorri em conjunto, abraça sua filha

e constata que Laís gostava de brincar com o profissional. Prontamente, a genitora pergunta se o analista poderia *“ensiná-la a brincar com a bebê também”*. O analista responde a esse pedido, dizendo que Paula poderia brincar da maneira que mais gostasse e que poderia resgatar as brincadeiras que realizava com os outros filhos.

Com alguns meses de atendimento, notam-se que os espasmos musculares surgem com mais frequência (evidentes nos braços e tronco da bebê) e, de acordo com a neuropediatra, estavam aliados às convulsões. O termo epilepsia¹⁹ se soma aos demais. Inicia-se a saga para ajustar a medicação (que comumente leva cerca de 15 dias para fazer efeito). Não há sucesso; a frequência das convulsões não reduz. Troca-se a medicação por outras duas vezes, mas as convulsões persistem. Laís ainda continuava sem os exames solicitados.

A essa altura, devido ao investimento nas terapias, Laís estava começando a responder a alguns estímulos, principalmente no tratamento da hipertonia. No entanto, com o surgimento mais intenso das convulsões, Paula se desesperou. Passou a não conseguir dormir, ficava com a Laís no colo durante todo o dia em vigilância e, por vezes, contando quantos espasmos/convulsões a bebê tivera (de acordo com ela, era uma orientação médica precisar quantos espasmos estava observando na bebê). Existia uma urgência em ajustar tais sintomas com medicamentos eficazes.

Paula constata que *“Laís está deixando de fazer as coisas que fazia antes”*, visto que, a cada convulsão, neurônios são *“queimados”* (explicação médica, segundo a genitora). *“A Laís está perdendo o que aprendeu!”* – exclamava Paula.

A genitora relatava que o seu sono havia piorado. Nos momentos em que cochilava, sonhava que a bebê morria, de diversas formas, inclusive sendo esmagada por Paula. Também relatava não conseguir mais realizar as atividades domésticas e, quando as fazia, era com Laís em seus braços.

Durante alguns meses de trabalho analítico, supõe-se que, em virtude do intenso sofrimento de Paula e de seus recursos psíquicos, a genitora ainda não tinha formulado uma demanda de análise; apesar de sempre comparecer às sessões e trazer muitos temas. Escutar o seu sofrimento, provocar para que ela retomasse a origem desta angústia e trabalhar a construção da relação com Laís parecia não ter efeito. não conseguia remontar esse conteúdo inconsciente e, apesar de trazer sonhos, estava

paralisada em seu desespero e angústia. Então, o analista parte para realizar uma intervenção na equipe durante uma reunião e expõe que as orientações e expectativas deles, tal como estavam sendo apresentadas aos pacientes, estavam produzindo mais angústia nas famílias (Paula era uma delas).

Um efeito surge posteriormente. Diante de seu mal-estar, Paula consegue formular e destinar um pedido para o analista: “*Nenhum médico descobre o que ela tem. Eu preciso saber o que ela tem para saber o que fazer*”.

A partir disso, o analista lança uma pergunta a fim de saber o que Paula imagina que a filha tinha. Ela tenta formular sua resposta e diz que acreditava que tinha algo a ver com o engasgo que a bebê teve ainda na maternidade (dado a que o analista não tinha tido acesso até então). Em uma única sessão, Paula relata que “*Láís estava sendo amamentada na mamadeira, com seu leite, por uma enfermeira e que, por um instante a genitora se ausentou e a bebê teve um engasgo e uma parada cardiorrespiratória... Ficou alguns minutos morta e foi reanimada*”.

Lembrar-se desse episódio remete Paula a uma cena de quando era criança, em que ela se ausentou e seu irmão mais novo acabou engasgando-se com o leite. A associação dela continua e vai em direção à morte de seu pai, que havia tido um problema neurológico e, por isso, havia ficado dependente de muitas atividades diárias. Paula relatou que, em um determinado dia, não atendeu a um pedido do pai para pegar uma bebida, pois estava ocupada; ele então tentou tomar sozinho, se engasgou e faleceu na cozinha. Após essas associações, o sofrimento de Paula parece ter tido alguma explicação para ela. Afirmava que se sentia responsável por todos esses eventos, a culpa era muito presente.

Continuava a demanda por saber o que Láís tinha. Mesmo sem todos os exames que havia solicitado, em uma consulta, a médica neuropediatra da equipe, que também a acompanhava, fechou o diagnóstico de encefalopatia crônica não evolutiva (paralisia cerebral). A partir do diagnóstico, Paula começou a relatar outra relação com Láís e falava das brincadeiras que seus filhos faziam com a irmã: “*Ela gosta de uma brincadeira que o meu filho finge que está com uma arminha e faz um barulho de tiro, ‘pow’... Ela até joga o corpinho*” – disse contente. Ao se dar conta de que também começara a brincar com a filha, concluiu: “*Eu não sabia que sabia brincar com a Láís*”. Surge neste instante um lampejo de

resgate do próprio saber; Paula começava a dizer que, em alguma medida, “*sabia cuidar da filha*”.

Ainda que a genitora frequentemente submetesse seu modo de cuidar da filha à validação de algum profissional da equipe, esta lógica era alimentada pela posição em que os próprios profissionais se colocavam – *modus operandi* herdeiro das alterações da clínica médica moderna (Foucault, 1977), o enlace entre saber e poder (Foucault, 1989) e de um ideal contemporâneo de parentalidade²⁰.

O tempo passou e as convulsões de Laís ainda seguiam, os remédios não davam conta de estabilizar. Ocorreu o início da pandemia provocada pela COVID-19 em março de 2020; em virtude das determinações sanitárias para o isolamento social, iniciou-se o planejamento para a transição dos atendimentos presenciais para o remoto.

Após um hiato de um mês e meio sem atendimentos, retoma-se o trabalho de modo remoto por chamadas de vídeo pelo *WhatsApp*. Devido à pandemia, foi necessário reorganizar a agenda e, assim, os atendimentos psicológicos de Laís passaram a ser em conjunto com os de Terapia Ocupacional – em uma mesma chamada de vídeo, dois profissionais e uma família. As preocupações acerca das convulsões de Laís se tornaram maiores que antes, Paula justificava que ficar sem os atendimentos foi horrível, pois “*são vocês profissionais que sabem*”. Aliado a isso e sem a possibilidade de recorrer ao conhecimento técnico da equipe, Paula recorria ao seu saber; dizia que agora “*já sabia o que a filha tinha*” (em referência à paralisia cerebral) e que estava fazendo o que ela achava que poderia “*ajudar parar as convulsões*”. Se outrora o manejo na análise visava trabalhar a impotência de Paula diante do conhecimento médico e acolher seu sofrimento, agora cabia também delimitar o impossível, portanto, o luto. Luto pela impossibilidade de “*querer entrar no cérebro dela e fazer parar as convulsões*”; e luto pelo final do projeto que se aproximava. Era preciso mostrar que Paula sabia sobre Laís, assim como as possibilidades que teria sem o suporte da equipe.

Mesmo no auge da pandemia, Paula estava se movimentando em busca de ajudar a filha: estava à procura de um convênio médico, foi buscar atendimento no hospital em que a neuropediatra da equipe também trabalhava, a fim de manter algum acompanhamento. Uma nova medicação havia sido prescrita para Laís, e Paula aguardava os resultados.

Em um dos últimos atendimentos com Paula, o analista fez uma intervenção parafraseando Moretto (2019): diante do impossível, cabe o luto; diante do possível cabe a luta. Ao final do projeto, Paula sabia de algo, mas ainda titubeava se estava fazendo “certo”. Todavia, o investimento na filha continuava, ora apoiado em virtude do diagnóstico, ora diante da aposta na bebê. O atendimento foi interrompido com o término do projeto.

No que diz respeito à articulação entre diagnóstico e parentalidade, diante da dificuldade em construir um saber simbólico para a própria filha, de oferecer-lhe significantes e um lugar na filiação, surge não só o sofrimento materno diante do desencontro entre a bebê ideal e a que chega, mas também a vacilação em assumir os cuidados e sua posição materna. Eis que se pode notar que a nomeação do que a bebê tinha pôde revelar um traço sobre Laís e, após desvendar algo do enigma, Paula tomou outra posição.

Considerando que a nomeação faz enlace (Soler, 2009), na ausência de nomeações simbólicas sustentadas pelo desejo do Outro, o diagnóstico, neste caso, foi o terceiro elemento que pôde favorecer uma amarração entre Paula e Laís, com a condição de ter sido escutado pelo analista, que favoreceu um desdobramento deste elemento. Assim, a revelação do diagnóstico parece ter sido um ato que favoreceu a genitora avançar na construção da maternidade de Laís, reconhecendo sua filha e sua potência como mãe.

MANOELA E JOAQUIM: “NÃO CONSIGO ME COMUNICAR COM ELE”

Joaquim, um bebê de 1 ano e 11 meses de idade, chegou para o atendimento juntamente com sua mãe, Manoela, no início do projeto. Sendo o único filho de Manoela, Joaquim morava com a mãe e a avó materna. O pai não era presente, via o garoto sazonalmente e não tinha um relacionamento com Manoela, conforme ela relatou.

A genitora havia sido encaminhada por outro dispositivo de saúde do município, uma vez que foi identificado atraso no desenvolvimento de seu filho. Nos primeiros atendimentos, Manoela dizia que “*não conseguia se comunicar com seu filho*”, pois “*não o entendia*”; na época, Joaquim emitia poucos sons não compreensíveis pelos familiares. A genitora observava que ele ficava bastante isolado e remetia tal aspecto ao fato de o garoto ter ficado seus quatro primeiros meses de vida sozinho em

um “*chiqueirinho*”²¹. A família estava bastante fragilizada devido ao falecimento do avô materno de Joaquim e, após o nascimento do garoto, a avó materna tornou-se sua cuidadora. Recém-viúva, a avó relatou que, no início, “*Joaquim era um estranho para ela*”. Em um estado depressivo, lamentou-se de somente ter conseguido *cuidar do essencial*: alimentação e higiene, uma vez que foi ela quem realizou a maior parte dos cuidados iniciais. Sem precedentes genéticos ou complicações no parto, segundo Manoela, notava-se que Joaquim apresentava um comprometimento em seu desenvolvimento motor e organização corporal; não gostava de segurar objetos e frequentemente deitava-se de lado e arrastava seu corpo no chão, em um movimento em “s”.

No momento em que Manoela chegou à instituição, estava desempregada e solicitou o Benefício de Prestação Continuada (BPC)²²; no entanto, como o garoto ainda não tinha diagnóstico fechado, não era possível dar entrada no pedido.

O analista realiza uma intervenção junto à assistente social, observando que não seria interessante, devido à frágil relação mãe-bebê, apressar para diagnosticá-lo a fim de dar entrada no benefício, principalmente porque Manoela tinha capacidade de reinserir-se no mercado de trabalho e que a aquisição do BPC poderia fazer do diagnóstico a fonte de renda familiar. Foi sugerido, então, que a assistente social abordasse a situação por outro viés: trabalhar estratégias de emancipação e autonomia, a fim de evitar um engessamento assistencialista. A esse respeito, no início do projeto, o analista tentou realizar um alinhamento com a equipe no que se referia à pressa em diagnosticar os bebês, alertando que isso poderia trazer alguns entraves para a relação parental-bebê; ter-se-ia que abordar cada caso com cautela.

Retomando os atendimentos, notava-se que Manoela estava em intenso sofrimento psíquico: tinha constantes episódios de choro e necessitava falar o tempo todo²³ – quase sempre de seus conflitos com sua mãe e sobre a morte de seu pai (falecido pouco antes da gravidez de Manoela) –, eventos que transbordavam para o consultório de outras especialidades. Enquanto isso, Joaquim ficava alheio, deitado no chão, olhando para as mãos. Foi preciso escutar e trabalhar esses aspectos de Manoela antes de pensar sobre Joaquim. Devido a uma cirurgia no útero anos antes, Manoela tinha sido alertada de que não poderia engravidar. Contudo, engravidou no período

de adoecimento do pai. Segundo a genitora, o pai biológico de Joaquim “*não era presente*”, o garoto foi “*fruto de um encontro casual*” – aspecto extremamente rechaçado por Josefa, mãe de Manoela.

Ao trabalhar os aspectos emocionais de Manoela, sua transferência para com o analista ficou bastante intensa; dizia ser muito grata aos atendimentos, gostava muito da instituição e dizia do psicólogo para todos os outros profissionais (a equipe tinha notado que havia algo diferente em sua fala em relação ao psicólogo). A transferência de amor estava instaurada²⁴.

Durante as sessões, notou-se que Joaquim começava a se interessar pelo outro. Havia lampejos de troca de olhares entre o garoto e o analista; tentativa de aproximações, breve contato físico e até momentos em que Joaquim passou a comemorar, balançando os braços, sorrindo e emitindo um som, quando via o analista nos corredores. Manoela ficou muito contente diante dessas amostras de contato e dizia que “*Joaquim amava o analista*”. Essa abertura é um importante operador clínico para se pensar intervenções e realizar um diagnóstico diferencial de exclusão de autismo.

Em meio a esses avanços no laço, a família tem uma consulta com a neuropediatra (Manoela, Joaquim e Josefa), que lhes disse de uma hipótese de autismo, visto que o garoto “*pontuava muitos requisitos*”. A hipótese diagnóstica foi colocada pela neuropediatra como diagnóstico inquestionável, provocando imediata discussão durante as reuniões semanais da equipe que, em parte, tinha posição contrária. O analista apresentava informações do quanto a antecipação deste nome, neste caso, poderia ter efeitos iatrogênicos, somado ao avanço considerável na construção do laço de Joaquim com o outro e do impacto que isso poderia ter na parentalidade exercida pela família. Nas reuniões, a médica apresentava argumentos de que estava “*seguindo o protocolo*” [da Pediatria] e que isso poderia ajudá-los a conseguir o BPC. Apesar de ser difícil para Manoela falar desse assunto, tratou-se da revelação do diagnóstico por algumas sessões. O analista se posicionava claramente, para a equipe e para a família, contra a atitude da médica, argumentando ser “*muito cedo para se lançar em pauta um diagnóstico*”, e que Joaquim talvez não fosse autista, pois estavam ocorrendo importantes aberturas para a relação com o outro.

Todavia, o significante “autista” ficou gravado em Manoela e aparecia, por vezes, em sua fala e na de Josefa, ao se referirem a Joaquim como “o

autista". Nesse período, o garoto começou a ir para a escola, e, a partir de então, Manoela e Josefa relatavam que Joaquim também demonstrava interesse por "*autistas como ele*".

Especificamente neste momento em que Joaquim está começando na escola, início de 2020, Manoela fez um pedido para o analista de um relatório para a escola: "*Eu gostaria que você fizesse um relatório dizendo o que é o meu filho*". O analista sublinha e indaga ao final sua fala: "**O que é o meu filho?**". Ela disse que sim, sem perceber o que havia falado. O analista então propõe um acordo: Manoela somente teria um relatório da equipe se, em contrapartida, ela construísse um relatório para o analista dizendo **quem é o filho dela**. Manoela espantou-se, compreendeu a intervenção e concordou com a proposta.

Também nesse período, Manoela conseguiu reingressar no mercado de trabalho, dizendo estar se sentindo muito melhor depois das sessões. Quem passou a levar Joaquim para os atendimentos na instituição foi Josefa. A avó ainda estava muito fragilizada e, durante algumas sessões, Josefa falava sobre a morte do marido e o quanto ainda "*não havia superado esta perda*". Reconhecia que, diante de uma nova vida (Joaquim), "*apenas pensava na morte do marido*"; parecia que na época estava desvitalizada para investir em um novo objeto. Quanto a Joaquim, dizia dele como "*um estranho, um intruso em suas vidas*". Notava-se que a avó tinha pouca paciência com Joaquim, e eram raros os momentos de manifestações de afeto durante as sessões.

Como, naquela época, Manoela saía para trabalhar, Joaquim passou a comemorar quando sua mãe chegava do trabalho, "*fazendo festa*"; ela também o recebia com alegria e beijos. Um tempo depois, o garoto passou a acariciar o rosto da mãe e abraçá-la ao dormir.

Há o início da pandemia em março de 2020. Após um mês e meio sem atendimentos, retoma-se pelo *WhatsApp*. Manoela relatava que estavam sentindo muita falta da equipe. Diante da tela do celular, a genitora mostrou Joaquim, e o garoto se animou, sorriu e balançou as mãos ao ver os profissionais.

Como os atendimentos estavam em conjunto com a Terapeuta Ocupacional na mesma chamada de vídeo, o analista percebia que Manoela trazia poucos conteúdos devido à presença dessa profissional; a

genitora usava os atendimentos para solicitar atividades e estímulos para realizar em casa durante o isolamento.

Com o término do projeto à vista, trabalhou-se este encerramento e foi retomado o combinado que estava pendente sobre o relatório de **quem era Joaquim**. Apenas duas semanas antes do término, Manoela encaminhou o relatório admitindo que a “*escrita a ajudou a reconhecer pontos que passavam despercebidos*”. Nele, ela pontua:

- A demora em passar a amar e aceitar o filho; a dificuldade em exercer o papel de mãe, atribuída à recusa da amamentação por parte de Joaquim; a rotina do trabalho; e a presença de Josefa, que “*foi mais mãe dele do que Manoela, no entanto, sem corresponder ao amor que Joaquim merecia*”.
- Sua insegurança ante o diagnóstico não definido.
- Reconhece as limitações presentes em Joaquim, como a fala e o desfralde que não havia ocorrido, mas também os avanços deste período. Manoela e Joaquim encontraram uma forma de comunicação que envolvia a voz da mãe, os olhares, sorrisos e toques de ambos. Joaquim ia em direção à mãe para chamá-la quando queria algo, a chamava puxando a roupa ou pegando pela mão e a levando para algum lugar.
- Manoela também reconhece que Joaquim gostava de música e da mãe cantando para ele e que aprende coisas que não lhe ensinaram. A mãe comenta, ainda, as peraltices que a criança vinha fazendo e sobre o que tinham brincado. Caracteriza o filho como “*corajoso, cauteloso, curioso, carinhoso, decidido e sorridente*”. Pontua qualidades e defeitos.
- Manoela diz ter a certeza de que “*agora Joaquim a reconhece como sendo sua mãe*”. Eram as respostas do filho que fomentavam o lugar de mãe!

Na penúltima sessão, a pedido do analista e em comum acordo com a terapeuta ocupacional, o atendimento ocorreu somente com o psicólogo. Manoela estava bastante emocionada ao falar do texto que elaborou e com o encerramento do projeto. Diante disso, a mãe afirmou: “*eu não conseguia amá-lo porque eu não sabia se ele me amava de volta*”. Com base em seu texto, questionou-se o que Manoela acreditava que tinha acontecido em sua relação com Joaquim. Ela respondeu: “*Sou mãe agora*”? Então, o analista acrescenta: “*Nasceu uma mãe... Mãe do Joaquim, não de qualquer outra coisa*”.

Manoela continuava chorando, estava muito emocionada, agradecia o trabalho e que agora fazia muito sentido toda a posição e o pedido do

relatório do filho. Ela retomou a questão do diagnóstico e perguntou se o analista acreditava que Joaquim era autista mesmo. Comentou-se que, naquele instante, próximo aos 3 anos, poder-se-ia dizer que ele estava em um “estado autístico, mas que ele havia mostrado muitas aberturas e disponibilidade para o outro”. E que, para além disso, na época em que o diagnóstico entrou em pauta não era possível jogar com essa ideia, uma vez que a relação entre ela e Joaquim ainda estava muito frágil. Reafirmou-se que o trabalho de análise caminhou na direção de construir “a mãe do Joaquim”, não “a mãe do autista”. Ressaltou-se o valor de sua carta e que ali tinha, de fato uma relação, que não estava presente desde o início. Manoela disse que já imaginava que seria falado isso sobre o estado de Joaquim, mas que, dessa vez, tinha sentido que o impacto era diferente, porque ela já conhecia mais seu filho. A última chamada de vídeo ocorreu com a T.O., Joaquim e Manoela. Nesta despedida, pela primeira vez, Joaquim falou uma palavra com sentido e endereçada ao outro; o garoto olhou para a câmera do celular e disse: “tchau”.

Neste caso, vemos que não basta nascer um bebê para que a parentalidade se instaure. O diagnóstico entrou em jogo e estremeceu a frágil relação entre os dois, mas também possibilitou a subjetivação desse estranho, por meio da escuta e das intervenções do analista, que auxiliaram Manoela a criar outros significantes para se referir ao filho. Foi possível reorganizar os modos de filiação e Manoela passou a ser mãe; mãe de Joaquim e não de um diagnóstico ou de um estranho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar que as funções maternas e paternas não estão dadas *a priori*, mas em permanente construção devido aos conflitos e contradições presentes na história de cada um, a construção destes lugares requer uma **invenção**. Cada um que se aventura por estas terras, de partidas desconhecidas, tem de usar suas ferramentas para fazer uso da matéria-prima disponível e **criar** este lugar. Os materiais disponíveis para sua arquitetura envolvem as experiências passadas, as narrativas culturais e o que se extrai da própria família. O saldo desta criação também recai em **reconhecer** que este novo ser faz parte da família; sua chegada fez e fará história.

Diante desta invenção, há de se olhar para a diferença entre o que se sonhou e aquele que se encontrou na realidade; olhar para a diferença entre quem outrora foi cuidado e agora cuida. Tornar-se pai ou mãe envolve fazer algo com este resíduo que existe entre as expectativas imaginárias e as funções simbólicas envolvidas, ao se dar conta de que uma criança não é apenas uma extensão narcísica dos pais, é sujeito. Nessa diferença, há um vão a ser preenchido, esvaziado, costurado, amarrado e recortado com as palavras que lhes forem possíveis a cada momento. Se, para alguns, o nome civil e as histórias prévias são suficientes para banhar este recém-chegado e enlacá-lo em uma filiação, para outros nem tanto.

Se, para Paula e Manoela, o fio que as costurou neste trabalho foi a indefinição do diagnóstico de seus filhos, o que as fez adentrar ao campo da maternidade foram outras coisas. Ante o semelhante enigma à espera da nomeação da medicina, cada uma delas fez uma trajetória na construção de seus modos de ser mãe, por meio da sustentação e das intervenções do analista.

Aqui, revela-se a necessária e essencial presença de um analista neste momento de passagem e inscrição do diagnóstico de bebês. No texto “O Aturdido”, Lacan (1973-2003c) retoma a distinção entre o sujeito do enunciado e o sujeito da enunciação para propor a oposição entre o Dito e o Dizer. Ele esclarece que não há dito sem dizer. O dizer está sempre implicado no dito, mas “o dizer fica esquecido por trás do dito” (Lacan, 1973-2003c, p. 449). O analista se ocupa em fazer essa distinção diante da fala do paciente para indagar a posição tomada por quem fala quanto aos seus próprios ditos e, com base nos ditos, se possa fazer uma passagem e localizar o dizer do sujeito, sendo este a enunciação da verdade.

Diante disso, pode-se pensar que, quando um diagnóstico é proferido por um médico e recebido pelo paciente, está no âmbito do dito. Faz-se necessária a escuta analítica para que se produza uma inflexão: que o dito passe para um dizer. Nesta passagem, o diagnóstico pode ter uma direção, diferente daquela que potencialmente objetaliza o sujeito e fragiliza o laço, mas que possa ser subjetivado e produzir uma verdade a partir daí.

E já que a palavra faz laço, para Paula, a nomeação do diagnóstico parece ter tido um efeito de recobrimento a respeito de algo de sua filha, assim como apaziguou certa angústia, o que possibilitou investir libidinalmente

em Laís. Assim como o mar delimita o que é terra, recortar até onde era possível ir favoreceu que Paula pudesse ir adiante: *“Tem coisas que não dá para fazer, mas o que der eu vou atrás para o melhor da minha filha”*.

Quanto a Manoela, resistir à entrada do diagnóstico teve o intuito de navegar em direção ao resgate da espontaneidade e reconhecer o que estava obstruído na relação com Joaquim. Tal manejo permitiu desbravar outros territórios e fundar um novo: o de mãe, *“agora sou mãe”*.

Nesse sentido, ao tomar a indefinição diagnóstica por meio destes dois casos, aponta-se para o fato de que não são em todas as relações que o diagnóstico terá um efeito de enlace entre pais e filhos, assim como nem sempre o diagnóstico necessita ser contraindicado. O que está em jogo é **como se nomeia** e **quem nomeia**, bem como a implicação do profissional de saúde e da equipe interdisciplinar sobre a compreensão do impacto dessa nomeação no exercício e construção das funções maternas e paternas. Cabe ressaltar que, durante as sessões, os pais desses bebês somente se faziam presentes em suas ausências, colocando o campo da paternidade alheio a esta discussão, elemento comum a muitas famílias que buscam este tipo de tratamento.

Portanto resta ponderar acerca de qual valor simbólico cada um atribuirá ao diagnóstico de um filho. Construir narrativas e inscrições simbólicas a respeito do diagnóstico e da própria parentalidade seria um caminho? Uma vez que o nome do diagnóstico é um elemento em jogo, o que é possível fazer com ele?

E, para finalizar, ressalta-se que o manejo clínico possível envolve tomar a nomeação do diagnóstico como elemento a ser trabalhado, não só pelo analista, mas também pela e na equipe, pois ele não tem somente a função de definir a direção do tratamento clínico e medicamentoso ou, ainda, possibilitar o acesso a benefícios sociais e conquistas de direitos. Faz-se necessário pensar o lugar que aquela nomeação ocupará na rede de significantes daqueles cuidadores e apontar para a passagem da nomeação do diagnóstico para uma subjetivação deste, de modo que o nome do diagnóstico não se torne a única carta a ser lançada ao se discorrer a respeito de quem é o bebê. Na confusão e desencontro de línguas, é primordial proporcionar tentativas de encontro, pois, ao embaralhar e desembaralhar as palavras, criam-se diferentes textos, narrativas, funções e enlaces... entre os cuidadores e seus bebês.

REFERÊNCIAS

- Bernardino, L.M.F. (2020). A concepção lacaniana de sujeito. In Teperman, D., Garrafa, T., & Iaconelli, V. (Orgs). *Laço*. (Vol. V, pp. 27-36, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Bialer, M. (2016). A loucura materna e o laço mãe-bebê. In S. Rabello, & M. Bialer (Orgs). *Laço mãe-bebê: intervenções e cuidados*. (pp. 195-211). São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Brasil (2020). Ministério da Economia. Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. *Benefício assistencial à pessoa com deficiência (BPC)*. Brasília-DF. Recuperado em 10/10/2021 em <<https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>>
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.319, de 4 de dezembro de 2018. Brasília-DF. 51 p. *Diário Oficial da União, Ed.233 – Seção 1*. Recuperado em 10/10/2021 em < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/%20content/id/53494529/do1-2018-12-05-portaria-n-1-319-de-4-de-dezembro-de-2018-53494429>.
- Catão, I., & Vivès, J. (2011). Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. *Estudos de Psicanálise*, (36), 83-92. Recuperado em 9/10 2021, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300007&lng=pt&tlng=pt.%2028.
- Dunker, C.I.L. (2000). Clínica, linguagem e subjetividade. *Distúrbios da Comunicação* [online], 12(1), 39-60. Recuperado em 9/10/ 2021 de <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11230/22788>.
- Dunker, C.I.L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo, SP: Annablume (Coleção Ato Psicanalítico).
- Dunker, C.I.L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo, SP: Boitempo (Coleção Estado de Sítio).
- Dunker, C.I.L. (2020). Economia libidinal da parentalidade. In Teperman, D., Garrafa, T., & Iaconelli, V. (Orgs). *Parentalidade*. (Vol. 1, pp. 39-54). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Coleção Parentalidade e Psicanálise).

- Dunker, C.I.L., & Kyrillos Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [online], 14(4), 611-626. Recuperado em <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003>
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1989). *Microfísica do poder*. (8a. ed.) Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Freud, S. (2010a). Introdução ao narcisismo. In: Freud, S. *Obras completas: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Paulo César Souza, trad., Vol. 12, pp. 13-50). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010b). Luto e Melancolia. In: Freud, S.. *Obras completas: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Paulo César Souza, trad., Vol. 12, pp. 170-194). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado 1915).
- Garrafa, T. (2019). Os pais chegam antes. In Dossiê: Parentalidade e vulnerabilidades: Condições, impasses e saídas no exercício da parentalidade em nossa época. *Revista Cult.* 2(251), 27-29.
- Garrafa, T. (2020). Primeiros tempos da parentalidade. In Teperman, D., Garrafa, T.& Iaconelli, V. (Orgs). *Parentalidade*. (Vol. 1, pp. 55-70). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Coleção Parentalidade e Psicanálise).
- Hilferding, M. (1911). CONFERÊNCIA: Sobre as bases do amor materno. In Hilferding, M., Pinheiro, T., & Vianna, H. B. (1991). *As bases do amor materno*. (pp. 89-101). São Paulo, SP: Escuta.
- Iaconelli, V. (2019). Apresentação. In Dossiê: Parentalidade e vulnerabilidades: Condições, impasses e saídas no exercício da parentalidade em nossa época. *Revista Cult.* 2(251), 20-22.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. (3a ed.). Salvador, BA: Ágalma.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68. Recuperado em 19/10/ 2021 em <http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v06n01/valor.pdf>.

- Kupfer, M.C.M., & Fraga M.A. (2021). O que o atendimento de crianças pequenas pode nos ensinar sobre a transferência no autismo. In Barbosa, D.C. (Org). *Clínica psicanalítica de crianças e bebês: relatos de uma práxis*. (pp. 111-128). Alagoínhas, BA: Balbucio.
- Lacan, J. (1992). *O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (2003a). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In Lacan, J. *Outros escritos*. (pp. 29-90). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1938).
- Lacan, J. (2003b). Nota sobre a criança. In Lacan, J. *Outros escritos*. (pp. 369-370). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969).
- Lacan, J. (2003c). O aturdido. In Lacan, J. *Outros Escritos* (pp. 448-497). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1973).
- Lacan J. (2005). *O Seminário. Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Campo freudiano no Brasil). Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Lebovici, S. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In Silva, M.C. P. da (Org.). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (Trad. L. Solis-Ponton, pp. 21-28). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M.L.T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas Instituições de Saúde*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Rosa, M. D., & Lacet, C. (2012). A criança na contemporaneidade: entre saber e gozo. *Estilos da Clínica*, 17(2), 359-372. Recuperado em 9/10/2021 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200012&lng=pt&tng=pt.
- Silva, M.C.P. da. (2004). Prefácio à Edição Brasileira. In Silva, M. C. P. da. (Org.) *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (Trad. L. Solis-Ponton, pp. 9-10). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Soler, C. (2003). *O que Lacan dizia das mulheres* [livro eletrônico]. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Soler, C. (2009). Os nomes da identidade. *Trivium: Estudos interdisciplinares Psicanálise e Cultura*, 1(1), 171-177. Recuperado em 15/10/2021 em <https://silo.tips/download/os-nomes-da-identidade-1-colette-soler>.

- Souza, M.L.R. (1999). Os diferentes discursos na instituição hospitalar. *Percurso: Revista de Psicanálise*, 12 (23): 35-42. Recuperado em 9/10/2021 em http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p23_texto04.pdf
- Teperman, D. W. (2014). *Família, parentalidade e época: um estudo psicanalítico*. São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.
- Tibiriçá, V. A., Couto, D. P. do., Mamede, N. D., Caversan, H. de A. C., Silva, M. L., & Teodoro, E. F. (2022). Efeitos do diagnóstico de psicopatologia na infância para a relação mãe-bebê. *Estilos da Clínica*, 27(1), 52-67. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i1p52-67>
- Vieira, M. A. (2001). Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: Figueiredo, A.C. (Orgs). *Psicanálise: pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro, RJ: IPUB/UFRJ. (Vol.1, pp. 171-181). Recuperado em 15/10/2021 em http://www.litura.com.br/artigo_repositorio/dando_nomes_aos_bois_pdf_1.pdf.

NOTAS

- ¹Projeto financiado pelo Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD). Informações no *Diário Oficial da União* pela Portaria Nº 1.319 do Ministério da Saúde (Brasil, 2018).
- ²A região é marcada por uma condição de fragilidade social e difícil acesso a direitos, em virtude de um contexto econômico precário.
- ³Iniciado em 2019, o serviço ficou em funcionamento por 1 ano e 4 meses, período que incluiu os primeiros seis meses da pandemia da COVID-19 em 2020. Diante das primeiras notícias da pandemia, ocorreu um hiato nos atendimentos presenciais, mas se manteve no modo on-line, por meio de chamadas de vídeo pelo *WhatsApp* durante cerca de 4 meses, e foi encerrado definitivamente de modo remoto por uma decisão da prefeitura em não dar continuidade ao serviço, alegando escassez de verba para a saúde em virtude da COVID-19.
- ⁴Historicamente, a instituição em que esse setor se localizava é reconhecida internacionalmente e seu público principal são pessoas com deficiência intelectual. Desse modo, o estigma e outros efeitos transferenciais atrelados ao nome da instituição não podem ser desprezados. Outro fator é que se trata de saúde pública; diante da precarização da oferta de serviço, surgem sentimentos de conquista e intensa gratidão naqueles que foram “abençoados” com uma vaga. A instituição não autorizou a explicitação de seu nome neste artigo.

- ⁵A alta expectativa estava não somente vinculada à equipe multiprofissional “completa”, e no que isso proporcionaria para o tratamento, mas havia também um pedido velado de **cura** desses bebês e crianças.
- ⁶Como as síndromes genéticas, deficiência intelectual, doenças congênitas e/ou prematuros extremos.
- ⁷Indicam sintomas que apontam para outros modos de estruturação psíquica na infância, como autismos e psicoses, ou, ainda, episódios de autoagressão, mutismos, delírios etc. (Kupfer *et. al.*, 2009).
- ⁸Diz-se da possibilidade de ocupar novos lugares discursivos em virtude de rearranjos na filiação.
- ⁹O corpo erógeno diz daquele corpo apoiado no organismo, mas que passa a ser investido libidinalmente, no qual o prazer se inscreve por meio das zonas erógenas. Em um primeiro momento, as palavras do Outro vêm nomear e dizer o que se passa com o corpo do bebê: diante de um choro, em virtude de desconforto e manifestações fisiológicas, o cuidador supõe e diz “é fome”.
- ¹⁰Vale um esclarecimento a respeito da diferenciação entre diagnóstica e diagnóstico. Para o autor, o diagnóstico tem a tarefa de reconhecer os sintomas em unidades regulares (as doenças, síndromes, quadros ou distúrbios); enquanto a diagnóstica objetiva articular mal-estar, sofrimento e sintoma, ou seja, diz respeito a uma reconstrução das formas de vida que envolvem o diagnóstico (médico, psiquiátrico, psicológico), os efeitos diagnósticos (no âmbito jurídico, econômico, moral) e laço social (gênero, classe, sexualidade).
- ¹¹As noções de “imaginário” e “real” de Lebovici são perspectivas bastante interessantes, mas que não correspondem conceitualmente aos três registros (Real, Simbólico e Imaginário) lacanianos. Lebovici faz uso do termo “real” como sinônimo de realidade e do “imaginário” como um campo que compreende os pensamentos, ideias e imaginação.
- ¹²Para a psicanálise, conhecimento e saber não são sinônimos. O conhecimento envolve a informação e as explicações universais totalizantes sobre o homem, a sociedade e a natureza, numa tentativa de se capturar e dar conta do objeto, sem arestas. Já o saber envolve uma produção subjetiva e singular, que opera no e pelo sujeito do inconsciente, articulado ao corpo, e que determina e incide nos posicionamentos da vida.
- ¹³O “*Manbês*” se refere ao modo particularizado como o cuidador principal fala e se dirige a um bebê, geralmente usando voz melódica, tom de voz mais agudo, velocidade lenta e alongamento de vogais em frases mais curtas. Essas especificidades da fala, implicadas de desejo, fazem com que o bebê se interesse e procure com o olhar a pessoa que se dirige a ele, o que é de suma importância para a constituição subjetiva e construção do laço.

- ¹⁴Malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, no qual os bebês nascem com perímetro cefálico reduzido. Essa condição pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e agentes biológicos (infecciosos), como bactérias, vírus e radiação.
- ¹⁵Deficiência caracterizada por alterações neurológicas permanentes que afetam o desenvolvimento motor e cognitivo. Decorrente de uma lesão no cérebro em desenvolvimento, pode ocorrer durante a gestação, no nascimento ou no período neonatal. As principais causas são: a falta de oxigenação no cérebro, infecções, diabetes, traumas no momento do parto, problemas genéticos, prematuridade, entre outras.
- ¹⁶É o aumento anormal do tônus muscular, em que o músculo perde a capacidade de estiramento, podendo resultar em aumento da rigidez devido à sinalização constante de contração muscular. Em crianças, está muito relacionado à paralisia cerebral.
- ¹⁷É uma contração muscular involuntária.
- ¹⁸Diz respeito a uma série de contrações musculares involuntárias em decorrência de um estiramento súbito do músculo, provocado por algumas condições neurológicas ou lesão muscular.
- ¹⁹É uma síndrome que tem como sintomas crises epilépticas parciais, podendo se manifestar por meio de crises convulsivas, com contrações musculares em todo o corpo, salivação intensa, respiração ofegante ou, ainda, através de episódios de “ausência”, perdendo contato com o meio por alguns instantes.
- ²⁰*Modus operandi* evidente quando os profissionais orientavam a forma como os pais deveriam realizar os exercícios, alimentar, brincar e posicionar o corpo do bebê, ou como lidar com as birras e conflitos. Essa massiva *pedagogização* da parentalidade produzia efeitos ora de dependência, ora de desautorização dos pais.
- ²¹Um pequeno cercado de tecido onde os pais costumam colocar os bebês para brincar.
- ²²O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma forma de benefício social, em que há a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Para ter este direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo (Brasil, 2020).
- ²³Havia uma logorreia constante (catarse por palavras), indicando dificuldade em delimitar o foco da angústia.
- ²⁴A temática da transferência no autismo foi abordada no artigo de Kupfer, M. C. M. e Fraga M. A. (2021). O que o atendimento de crianças pequenas pode nos ensinar sobre a transferência no autismo.