

Artigo

Escuta clínica e intervenção com bebês: tessituras acerca de uma experiência possível

Jéssica Paula Gonçalves; Kenia Spolti Freire

Resumo. O presente artigo se constitui a partir de pesquisa bibliográfica, fundamentada na leitura de autores que, a partir de referenciais psicanalíticos, realizam reflexões acerca de aspectos que se fazem presentes na construção da clínica com bebês. Tal leitura observa as condições necessárias para a constituição psíquica e para o desenvolvimento enquanto realizações a se construírem no bebê, considerando o lugar e a função fundamental do Outro parental, no exercício das funções, para que sejam desencadeadas essas realizações. Atenta – também – para a importância de os primeiros profissionais que atendem o bebê terem conhecimentos acerca da detecção de sinais de risco para o desenvolvimento, a fim de construir encaminhamentos à intervenção precoce, quando assim demandar o caso. Para tanto, considera-se o instrumento Indicadores de Risco Psíquico para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) como referência à detecção de sinais que demonstram quando algo não vai bem com o bebê.

Palavras-chave: bebês; intervenção precoce.

Escucha clínica e intervención con bebés: tramas acerca de una experiencia posible

Resumen. El presente trabajo se constituye a partir de una investigación bibliográfica, fundamentada en la lectura de autores que, desde referenciales psicoanalíticos, reflexionan sobre aspectos presentes en la construcción de la clínica con bebés. Analiza las condiciones necesarias para la constitución psíquica y el desarrollo como realizaciones que se construyen en el bebé, considerando el lugar y la función fundamental del Otro parental, en el ejercicio de sus funciones, para que estas realizaciones se desplieguen. Aborda, además, la importancia de que los primeros profesionales que atienden al bebé tengan conocimientos sobre la detección de señales de riesgo en el desarrollo, con el fin de realizar derivaciones para una intervención temprana cuando el caso lo requiera. Para ello, se considera el instrumento IRDI (Indicadores de Riesgo Psíquico para el Desarrollo Infantil) como referencia para detectar señales que indican cuando algo no va bien con el bebé.

Palabras clave: bebés; intervención temprana.

* Psicóloga. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Cruz Alta, RS, Brasil. E-mail: jesspaulag@hotmail.com

** Psicóloga. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Ijuí, RS, Brasil. E-mail: kenia.freire@unijui.edu.br

Clinical listening and intervention with infants: weaving the threads of a possible experience

Abstract. This study is based on bibliographic research grounded in the reading of authors who, from psychoanalytic frameworks, reflect on aspects present in the construction of clinical practice with infants. It examines the necessary conditions for psychic constitution and development as achievements to be built in the infant, considering the fundamental role and function of the parental Other in exercising these functions to enable such achievements. It also addresses the importance of early-care professionals acquiring knowledge about detecting developmental risk signs to facilitate referrals for early intervention when the clinical case requires it. For this purpose, the IRDI instrument (Indicators of Psychic Risk for Child Development) is considered a reference for detecting signs that something may be wrong with the infant.

Keywords: infants; early intervention.

Écoute clinique et intervention auprès des bébés : tissages d'une expérience possible

Résumé. Ce travail se constitue à partir d'une recherche bibliographique, fondée sur la lecture d'auteurs qui, à partir de référentiels psychanalytiques, proposent des réflexions sur les aspects présents dans la construction de la clinique avec les bébés. Il examine les conditions nécessaires à la constitution psychique et au développement en tant que réalisations à construire chez le bébé, en considérant la place et la fonction fondamentale de l'Autre parental dans l'exercice de ces fonctions pour permettre l'émergence de ces réalisations. Il aborde également l'importance pour les premiers professionnels en contact avec le bébé de maîtriser la détection des signes de risque pour le développement, afin d'orienter vers une intervention précoce lorsque le cas l'exige. À cette fin, l'instrument IRDI (Indicateurs de Risque Psychique pour le Développement Infantile) est utilisé comme référence pour détecter les signes indiquant que quelque chose ne va pas chez le bébé.

Mots-clés : bébés; intervention précoce.

O presente artigo, intitulado “Escuta clínica e intervenção com bebês: Tessituras acerca de uma experiência possível”, surgiu a partir do desejo de estudar um tema que tem se apresentado e tido discussões ampliadas acerca da clínica: a construção e as especificidades da abordagem clínica com bebês que ainda não conseguem expressar pela fala seu sofrimento psíquico, mas que manifestam essa condição nos seu desenvolvimento.

A construção desta pesquisa transcorreu a partir de estudos e participação em cursos realizados pela psicóloga e psicanalista Julieta Jerusalinsky, a qual aborda temas referentes à primeiríssima infância e intervenção precoce. A fim de contemplar o estudo acerca do sofrimento psíquico de bebês e intervenção precoce, buscou-se especialmente pelas construções elaboradas por teóricos que pensam esta temática a partir de referências psicanalíticas e abordagem interdisciplinar, entre os quais citam-se: Julieta Jerusalinsky, Maria do Carmo Camarotti, Andreia Diniz Gonçalves, Donald Winnicott, Lena Mariza Fischer Bernardino, Thais Garrafa, Joel Dor, Alfredo Jerusalinsky, Esteban Levin, Françoise Dolto e Juan David Nasio. Esses autores engendram as possibilidades da realização da experiência clínica com bebês a partir de outra modalidade de recurso para intervenção que se articula à escuta, modalidade essa que pode ser denominada como a leitura do que se dá a ver no corpo do bebê. Esta abordagem reconhece o bebê como um ser que vem ao mundo com competências sensoriais significativamente desenvolvidas e que participa ativamente das experiências que o cercam, assim como também expressa as resoluções e/ou os impasses das travessias inerentes à sua constituição psíquica e ao seu desenvolvimento.

Inicialmente será abordada a compreensão sobre o que é ser um bebê e as especificidades deste tempo, contemplando a relação estruturante entre o bebê e o agente da função materna para a articulação dos processos que engendram a subjetivação e o desenvolvimento. Também aqui são apresentados aspectos referentes à articulação pulsional e aos primórdios da constituição psíquica no bebê. Na sequência, apresenta-se as reflexões sobre a escuta clínica de bebês, considerando que a operação de escuta se dá a partir da leitura pelo dado a ver no corpo – um fazer clínico que contém esta especificidade, diferente de como a clínica pode ser realizada em outros períodos da vida. Para compreender esta outra forma de escuta clínica, realiza-se uma abordagem de como se manifesta o sintoma de sofrimento psíquico no bebê, aspectos sobre o conceito de corpo pela psicanálise, a importância da escuta dos agentes das funções parentais quando um bebê é levado à clínica e – ainda – qual o lugar do clínico nessa especificidade clínica. Por fim, destacam-se aspectos referentes à detecção de sinais de sofrimento psíquico e de impasses do desenvolvimento na primeiríssima infância, destacando a importância de a intervenção clínica ocorrer em tempo no qual as aquisições do desenvolvimento estão em processo de constituição. Nesse sentido, destaca-se também o instrumento IRDI como possibilidade de identificar quando algo não vai bem com o bebê, a fim de tecer endereçamentos e intervenções clínicas quando assim se fizer necessário.

Quem é o bebê?

Compreender a condição do que é *ser um bebê* é uma questão importante a ser resgatada diante das perspectivas de estudos e intervenções com a criança, em especial diante das especificidades deste tempo denominado como primeira ou primeiríssima infância. Pode-se afirmar que, desde o aspecto psíquico, há que um bebê ser constituído como tal, sendo que já durante a gestação a sua existência é fortemente articulada num âmbito psíquico imaginário, investido de sonhos, desejos, idealizações e aspirações de cada um dos pais.

Pode-se pensar que o bebê é um ser que terá que enfrentar diversos desafios e realizar travessias inerentes à constituição psíquica e ao desenvolvimento. Não estando mais no ventre materno – estado no qual era suprido em relação à saciedade, temperatura adequada, ritmos de sono e vigília, pautados por tal condição corporal –, desde o seu nascimento, o bebê necessita do suporte de um humano: “Outro assegurado” que lhe sustente a continuidade existencial, que lhe proporcione amparo, exercido pela parentalidade, na medida em que articula a experiência de enlace com as funções materna e paterna.

Durante a gestação, na extensão da condição de amparo que o bebê recebe, a parede uterina preserva – inclusive – a continência corporal. Ao nascer, necessita que a parentalidade articule essa continência, sendo que o toque corporal, o colo e os demais cuidados são exemplos dessa modalidade de amparo. O bebê precisa de sustentação (*holding*)¹ humana e tempo para regular os estímulos que o afetam e para organizar as sensações experienciadas.

¹ “O termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactante, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Em outras palavras, refere-se à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado. Isso se superpõe; na verdade, inicia antes das experiências instintivas que, com o tempo, determinaram as relações objetais. Inclui a elaboração de experiências que são inerentes à existência, tais como *completar* (portanto o *não-completar*) de processos que, de fora, podem parecer puramente fisiológicos, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinados pela percepção e pela empatia da mãe” (Winnicott, 1963, p. 24).

As evoluções dos estudos científicos possibilitam que – atualmente – o bebê não seja mais observado e compreendido como um ser que apresenta apenas necessidades e reações desprovidas de percepções, esperando passivamente os estímulos externos. Gonçalves (2020, p. 16) aponta que o bebê é reconhecidamente um “[...] indivíduo bem-organizado quando do nascimento, pronto para enviar sinais ao seu ambiente” e que participa ativamente das experiências que o cercam, por suas competências e potencialidades sensoriais. Nesta condição, o tato – por exemplo – é desenvolvido desde a vida fetal, sendo a pele considerada o “nosso maior órgão sensorial” (Gonçalves, 2020, p. 16); a visão que, apesar de ser melhor a uma distância de 20 a 25cm, é o suficiente para interagir com a mãe (como recurso fisiológico que se enlaça ao olhar enquanto investimento libidinal e reconhecimento do outro) no momento da amamentação; a capacidade de ouvir já está bastante desenvolvida meses antes do nascimento, articulando-se às convocações e aos retornos do diálogo, sendo interessante a menção de que o bebê manifesta preferência pela voz materna; o olfato, extremamente sensível, demonstra preferência pelo odor materno (Gonçalves, 2020). Desde a vida intrauterina, o bebê já está desenvolvendo condições sensoriais que permitem certa medida de interação com o ambiente circundante, sendo que ao nascer demonstrará isso por meio de manifestações que se articulam às experiências e aos vínculos no qual é inserido.

O recém-nascido vem ao mundo com competências sensoriais significativamente desenvolvidas - características que participam das construções inerentes ao desenvolvimento e à constituição psíquica. Este arcabouço de competências encontra com os cuidados e as referências simbólicas parentais, os quais compõem uma importante sustentação exercida pelo “Outro assegurador” que se apresenta na experiência da função materna, o que permite ao bebê dar continuidade à sua existência orgânica e engendrar psiquicamente a sua existência enquanto sujeito. [...] para sua sobrevivência psíquica, ele vai precisar que a mãe lhe dê algo mais do que simplesmente garantir a satisfação das suas necessidades biológicas. E é o que geralmente, espontaneamente, as mães fazem (Bernardin, 2008, p. 60).

A sustentação – *holding* – exercida pelo agente da função materna permite o encontro com o anteparo humano para suprir a insuficiência estrutural e instrumental que o bebê apresenta e para a instalação de suas bases psíquicas. Em um primeiro momento, a mãe convoca o bebê a participar da sua subjetividade e do seu corpo subjetivado, para que o próximo momento da construção psíquica possa advir (Gonçalves, 2020). Nesse sentido, para o bebê se constituir-subjetivamente – estruturar-se enquanto sujeito –, faz-se necessário que “o agente materno sustente as operações de estabelecimento da demanda, a suposição do sujeito, a alternância e a alteridade” (Jerusalinsky, 2002, p. 165-166). Sobre o desejo e a demanda, pode-se compreender que:

[...] na medida em que o bebê é tomado pela mãe como objeto de desejo, ela produz, nos cuidados que dirige a este, um transbordamento no funcionamento de suas diferentes funções, pois o objeto que se inscreve desde estes cuidados erógenos já não é mais puramente o objeto da função - por exemplo, função alimentar do leite -, mas um objeto de libido, gozo ou erotismo, pela dimensão significante que este adquire enquanto representante no laço com o Outro (Jerusalinsky, 2002, p. 158).

O circuito de desejo e demanda do *Outro* produz empuxos, estirões na corda pulsional do bebê, como indica Jerusalinsky (2002, p. 168). O que decanta destes sucessivos estirões são as produções que, a posteriori, poderão ser lidas como uma linha imaginária de desenvolvimento

(Jerusalinsky, 2002). Devido à referência desejante e fantasmática parental que articula a sua existência, cada bebê é inserido em uma rede singular de significâncias, sendo significado a partir da trama desejante que o acolhe enquanto filho.

A partir deste “atravessamento” do bebê pelas referências do desejo parental, a sua condição de filho, de sujeito e de corpo é investido libidinalmente, e tem “traçadas” as marcas de sua existência enquanto *ser* e a construção de um corpo subjetivado, pulsionalizado. As significações ao corpo do bebê e a nomeação das suas experiências e produções acontecem a partir desse desejo particular que o outro constitui à medida que consegue supor nele um sujeito. É dessa maneira que se encarna para a criança o *Outro*: esse humano para quem a criança nasce numa trama subjetiva desejante, outorgando sentidos e significâncias à sua existência e às suas manifestações. O *Outro* é lugar de linguagem e alteridade, sendo ponto de referências ao desejo e representações que dão lugar à constituição das trocas simbólicas (Garrafa, 2020).

Neste contexto, o desejo materno se articula enquanto “desejo não anônimo” que engendra uma trama de antecipações que mobilizam o devir de realizações de desenvolvimento. As antecipações discursivas, sustentadas pelo desejo parental e no eixo da função materna, articulam referências de imagem de filho e de realizações. Trata-se de antecipações que engendram *devir* e se articulam enquanto convocações a produções a serem realizadas pelo bebê. Delineia-se, entre a fala que invoca a ação, sustentada pelo agente da função materna e o filho, um vínculo no qual o bebê se precipita à realização de uma produção que lhe é antecipada, através de um circuito de desejo e como demanda.



Figura 1: Primeiros Passos de Van Gogh

Jerusalinsky (2002) destaca um quadro de Van Gogh, no texto “Temporalidade e Desenvolvimento” – conforme Figura 1 abaixo – para refletir acerca dos conceitos de antecipação e precipitação e a relação destes aspectos com as realizações da criança.

Escreve a autora:

No quadro de Van Gogh titulado *Primeiros passos*, vemos retratada uma cena típica do início da deambulação. O bebê está sendo sustentado em pé pela mãe, que o segura por trás, enquanto o pai, agachado há poucos passos de distância, tem os braços estendidos em direção ao bebê. O bebê está implicado no gesto que o convoca, seus braços e o seu olhar se dirigem ao pai, enquanto seu corpo ainda cambaleante não prescinde da sustentação materna (Jerusalinsky, 2002, p. 160).

Jerusalinsky (2002) analisa que a cena retratada na obra de Van Gogh demonstra o momento de espera do *Outro*, o qual antecipa o bebê em uma posição que ele ainda não ocupa: neste caso, de um caminhante. Essa demanda para que o bebê seja de fato um caminhante é articulada pelo desejo parental e se desdobra enquanto *antecipação funcional*. Quando o pai chama o bebê e estende os braços em sua direção, coloca-se em cena o intervalo simbólico entre “o que o bebê é e o que deveria se tornar” (Jerusalinsky, 2002, p. 161). Porém, é por meio da produção do bebê, advinda como uma precipitação, sustentado pela antecipação do *Outro*, que a cena dos primeiros passos poderá se realizar. Vê-se aí a “antecipação simbólica, a antecipação imaginária e a antecipação funcional do Outro e, do lado do bebê, esta produção que só poderá advir como precipitação” (Jerusalinsky, 2002, p. 161).

Nesse contexto de articulação da existência enquanto sendo uma conquista construída juntamente com bebê, o agente da função materna é imprescindível, tanto no que se refere aos cuidados, até a condição de referência humana que engendra a inscrição no universo do desejo e da linguagem. Ainda que a mãe cumpra com essa função diante da qual inicialmente o bebê, sujeito em constituição, se aliena, há também que experimentar vivências de ‘não todo saber’ e de separações, a fim de que ele possa advir enquanto sujeito singularizado. Trata-se de também ser sustentado um ‘espaço’ para que o bebê possa realizar as suas aquisições – articuladas ao saber materno, mas também para além do mesmo, o que pode ser evidenciado sempre que surpreende a mãe com as realizações que produz. Para que a mãe possa se surpreender com o que é produzido pelo bebê, é preciso que ela não saiba tudo e que possa dar lugar à alteridade, ou seja, que o bebê encontre com ‘espaço’ para poder interrogar-se pelo desejo para além da demanda do *Outro* materno. Interseccionadas a esse movimento psíquico – enlaçadas ao *Outro*, mas como elaborações em alteridade – as aquisições do desenvolvimento do bebê passam a se produzir como realizações de própria autoria.

Para que o bebê possa se constituir psiquicamente como sujeito desejante, a mãe, ou quem cumpre essa função, precisa apostar e se surpreender – o que demonstra que, de fato, não tem todo o saber – com o que vem do filho (Jerusalinsky, 2002). Tal experiência permite ao bebê o nascimento da sua subjetividade e do seu desenvolvimento enquanto articulados ao desejo do *Outro*, mas em vias de singularização, de produção de alteridade.

Articulação pulsional e o devir de um sujeito: Os primórdios da constituição psíquica do bebê

A partir da compreensão de a clínica constituir-se como experiência de “inclinarse” sobre um caso, sobre um paciente, de maneira a produzir intervenções que se sustentem por meio da escuta, da elaboração de diagnose e da construção do tratamento; considera-se importante, no contexto da leitura e escuta a ser construída na clínica com bebês, observar os aspectos que estão implicados nas vias da sua constituição subjetiva e na articulação do seu desenvolvimento. Faz-se pertinente, diante desta especificidade clínica, dedicar atenção aos desdobramentos inerentes aos enlaces pulsionais que afetam o pequeno bebê e são articuladores das realizações a serem por ele constituídas.

É de conhecimento e referido anteriormente que o bebê nasce com arcabouço orgânico dotado de potencialidades que não encerram em si as condições de produzir desenvolvimento e constituição psíquica, mas que participam ativamente destes processos. Pode-se dizer que o corpo, em sua condição orgânica, é atravessado pelas referências de linguagem, pelas apostas

e pelo vínculo estabelecido entre o desejo parental e o bebê, a tal ponto de que, na cria humana, venham a se realizarem travessias inerentes à constituição psíquica e à construção de um corpo subjetivado. Esta experiência de *trans-formação* é desencadeada por determinismos inerentes a uma história que é legítima e singular àqueles que dela fazem parte – aqui, citam-se o bebê e a sua referência de e na parentalidade (Jerusalinsky, 2002).

Ao teorizar sobre a constituição psíquica, Dor (1989) aponta as primeiras experiências vivenciadas entre o bebê e o Outro materno. Destaca a importância das reflexões sobre os processos que já estão presentes nas primeiras experiências de satisfação, para que seja possível compreender a relação entre o desejo, a presença do *Outro*, o circuito pulsional e o advir psíquico no/do bebê. Refere que o bebê, quando nasce, é submetido à ordem das exigências da necessidade orgânica, as quais traduzem-se por estados de tensão no corpo. Nesse momento, a criança, apesar de contar com potencialidades sensoriais para manifestar seus mal-estares, produzir certo nível de defesa reflexa frente a estímulos e estar em abertura às relações a serem estabelecidas com o meio circundante, é incapaz de se satisfazer diante das demandas que emergem da sua própria fisiologia corporal. As exigências orgânicas que emergem e precisam ser atendidas, a fim de que se cumpra a continuidade existencial, requerem a presença de um outro humano que acolha e construa endereçamentos às necessidades diante das quais o bebê está exposto. Um exemplo desse processo é a satisfação alimentar, a qual envolve uma situação de necessidade que exige ser satisfeita, inicialmente, desde um registro essencialmente orgânico. Esse processo de satisfação origina um prazer imediato atrelado à redução da tensão, o que mobiliza o engendramento de um circuito de experiência essencialmente humana, apresentada por Freud como sendo de característica pulsional.

A experiência de satisfação encontrada na relação com o outro tutelar, diante da resolução de um mal-estar que ocorre ao bebê, deixará um traço mnésico ao nível do aparelho psíquico, o qual diz respeito à associação da satisfação com a imagem/percepção do objeto sustentado para engendrar a ‘resolução’ do estado tensional originário. É esse traço mnésico que constitui a representação do processo pulsional para a criança. Depois da primeira experiência de satisfação, a manifestação pulsional aparecerá ligada a uma representação mnésica de satisfação e não mais como pura necessidade. Entretanto, a criança confunde a imagem mnésica ligada à primeira experiência de satisfação com a identificação da excitação pulsional presente; assim, ela tende a se satisfazer – primeiramente – como uma satisfação alucinatória (o que a lança à experiência primeira). Somente após uma repetição dessa experiência, conseguirá constituir distinção entre a imagem mnésica da satisfação e a satisfação real (Dor, 1989).

A imagem mnésica opera no aparelho psíquico como uma representação antecipada da satisfação ligada ao dinamismo do processo pulsional. É neste sentido preciso que se pode falar de desejo em psicanálise. Dor (1989) aponta que o desejo nasce de um reinvestimento psíquico de um traço mnésico de satisfação ligado à identificação de uma excitação pulsional:

A excitação provocada pela necessidade interna busca uma saída na motilidade, que podemos chamar de “modificação interna” ou expressão de uma mudança de humor” [...]. É a este movimento que chamamos de desejo; a reaparição da percepção é a realização do desejo, e o investimento total da percepção a partir da excitação da necessidade, é o caminho mais curto em direção à realização do desejo (Dor, 1989, p. 141).

Seguindo a reflexão acerca do desejo, observa-se que, para além da necessidade, a gênese do desejo pressupõe a presença do *Outro*. Ademais, a dimensão do desejo irá contribuir para sustentar à criança a passagem do estágio de objeto ao de sujeito, na medida em que “o desejo

parece só poder se inscrever no registro de uma relação simbólica com o Outro e por meio do desejo do Outro” (Dor, 1989, p. 144). Dessa maneira e considerando o exemplo do registro alimentar, as manifestações corporais do bebê ou da criança pequena tomam, de forma imediata, valor de signos articulados a de significantes que remetem ao desejo do ‘outro tutelar’, de tal forma que as manifestações corporais só farão sentido quando o outro lhes atribuir um sentido.

Inicialmente, segundo Dor (1989), não existe nenhuma intencionalidade da criança em comunicar algo ao outro; entretanto, se essas manifestações fazem sentido para o outro, a criança é colocada num universo de comunicação, “onde a intervenção do outro se constitui e como uma resposta a algo que foi, de antemão, suposto como uma demanda” (Dor, 1989, p. 144). Nesse momento, o outro refere à criança ao seu universo semântico e seu universo de discurso, ou seja, “o outro que inscreve a criança neste referente simbólico investe-se, por sua vez, junto à criança, como um outro privilegiado: o Outro” (Dor, 1989, p. 144).

A mãe, elevada assim a posição de *Outro* para a criança, assujeita-a ao universo de seus próprios significantes, visto que mobiliza, pelo oferecimento do objeto alimentar, numa resposta ao que ela mesma previamente interpretou como uma suposta demanda (manifestações realizadas pelo bebê, diante do mal-estar corporal que produz estado de tensão). Dor (1989) propõe que, de uma certa maneira, não se pode deixar de tomar esta demanda suposta como projeção do desejo do Outro.

O processo da primeira experiência de satisfação vai mais além quando a mãe “responde” com o objeto da necessidade. À assimilação do objeto, o corpo da criança reage por um “repouso orgânico”, relacionado com a satisfação da necessidade. Este momento de repouso é outra vez imediatamente investido de sentido pelo *Outro*. Justamente porque este sentido está embasado no desejo que a mãe investiu na criança que o repouso orgânico toma novamente para a mãe valor de uma mensagem que a criança lhe endereça como um “testemunho de reconhecimento”. Em outras palavras, “[...] a criança está irredutivelmente inscrita no universo do desejo do Outro, na medida em que é cativa dos significantes do Outro” (Dor, 1989, p. 144-145). Observa-se o encontro com o prazer em decorrência da satisfação da necessidade, assim como, também, em função da formação de vínculo com o Outro materno. Tal operação é articuladora da demanda e do desejo inscrito (e inscrevendo-se) nesta relação e enquanto experiência psíquica a se estruturar no bebê.

Com isso, compreende-se que a mobilização significante acerca das manifestações corporais da criança pode ser compreendida como demanda de satisfação esperada – pela criança e pelo Outro. A partir da interpretação dessas manifestações enquanto sendo demandas endereçadas, inscreve-se a criança no universo da comunicação simbólica com o Outro. Diante deste contexto, Jerusalinsky (1999) aponta que:

[...] todos os fatos de um bebê são colocados em uma série, no dizer de uma mãe ou da pessoa que cuida do bebê [...] nada que o bebê faz é tomado como tal, senão que é interpretado como uma significação, isto é o que faz com que a mãe diga: “Me chama”, e alguém pergunta: “O que é isso que a chama?” Por que, ante um grito ou um choro, a mãe não diz simplesmente: “Está gritando” ou “está chorando”? As mães não são descritivas em relação ao que ocorre, são interpretativas. O que o bebê faz é tomado como um signo, mas este signo não funciona como acontece no campo animal, como algo fixo, como seria se a mãe dissesse: “Cada vez que o bebê chora, me chama”. Isto não ocorre assim, mas dependendo de em que lugar da série seja colocado este choro, em função de sua posição na série significará coisas diferentes.” (Jerusalinsky, 1999, p. 54).

A inserção do bebê neste circuito [pulsional], na relação na qual a demanda está suposta – e que, posteriormente, também se desdobra como produção própria –, viabiliza a entrada no universo de desejo, o qual se inscreve sempre entre a demanda e a necessidade (Dor, 1989). Tal inserção se articula às significâncias inerentes à sua existência que já se fazem presentes antes mesmo do seu nascimento. Compreende-se que o bebê já tem um espaço e idealizações que foram construídas em rede discursiva e desejante que lhe antecede e antecipa, sendo fundamentais os aspectos discursivos de quem o introduz no mundo simbólico e articula o desejo não anônimo acerca da sua existência.

Destaca-se a importância de escutar aqueles que, tecendo a rede de referências simbólicas e afetivas na parentalidade, ocupam-se dos lugares e da experiência de sustentação às funções materna e paterna. Pelo encontro com o exercício destas funções, o bebê, na travessia inerente à pulsionalização do seu corpo, realizará travessias estruturantes à sua constituição subjetiva, à apropriação subjetiva do seu corpo e ao desdobramento das temporalidades implicadas no desenvolvimento. Considerando o exposto, como é possível pensar a articulação do sintoma e a intervenção clínica com bebês?

Tecendo a escuta clínica de bebês

A escuta clínica de bebês foi se construindo como possibilidade articulada aos desdobramentos das investigações sobre a subjetividade e sobre o desenvolvimento, em cenários clínicos e de teorizações nos quais também se incluem as construções psicanalíticas. Inicialmente a psicanálise não se ocupava de intervenção clínica com crianças. Não acolher clinicamente a criança, no entanto, não quer dizer não se ocupar da infância.

A abordagem clínica freudiana sobre a infância ocorreu especialmente a partir da análise de vestígios deste tempo da vida que se imprimiam e se presentificavam no psiquismo do adulto. Mesmo que Freud tenha apresentado a possibilidade de um trabalho psicanalítico de abordagem da infância e caminho à perspectiva de escuta clínica de crianças, há mais de cem anos, tratou-se apenas o início de um longo e difícil percurso (Fernandes, 2010).

A neurose da infância, aquela que se instala no tempo da própria infância e não apenas com as articulações dos sintomas na vida adulta, só foi levada em consideração e analisada, tempos depois, por psicanalistas de crianças, entre as quais estão como precursoras Anna Freud e Melanie Klein (Teperman, 2005). Diante das construções inerentes a esse “cenário” clínico, como pode ser possível a escuta clínica de um bebê? Como escutar e intervir com um *infans*², um bebê que ainda não fala e se encontra em um momento anterior ao da instalação da neurose da infância, em tempo de construções à articulação subjetiva que o constitui enquanto sujeito de desejo e fala?

Para pensar a clínica com crianças e bebês é preciso lançar-se às especificidades de formação e intervenções que sustentem a construção de saberes sobre o desenvolvimento e as possibilidades de identificação sobre o sofrimento e os impasses que se apresentam neste que é um sujeito em constituição. Dolto e Nasio (2008, p. 113) destaca que as crianças, “[...] elas não têm linguagem verbal para se exprimirem, mas têm uma linguagem, pois sem isso não se pode fazer psicanálise com crianças”. Nesta mesma direção, Melo e Jerusalinsky (2020, p. 47) propõem:

² “Etimologicamente, *infans* refere-se a alguém que não fala (do latim *fari*: dizer, falar)” (Gherovici, 1999, p. 20, tradução nossa).

Um bebê ainda não conta com a fala, como os adultos, ou com o brincar simbólico, como as crianças, mas ele revela como está se estruturando psiquicamente na organização ou desorganização de suas funções. Desse modo, atrasos globais do desenvolvimento, estados de irritação e hipervigília, problemas do sono, recusas alimentares, encopreses, atrasos da fala e infecções de repetição podem revelar não só problemas orgânicos, mas também sofrimento psíquico.

O olhar do clínico se implica em uma operação de leitura, já que o sintoma se manifesta pelo *dado a ver* no corpo do bebê. O sintoma é *dado a ver*, coloca em evidência a organização acerca da apropriação subjetiva do corpo e das funções corporais através do movimento, do tônus, da postura, da gestualidade, do olhar, da atividade rítmica-temporal presente nas ações realizadas ou fracassadas, manifestando, dessa forma, o percurso de seus circuitos pulsionais.

A operação desta leitura possibilita que algo se reinscreva e que o sujeito possa *trans-formar-se* (Jerusalinsky, 2014). Essa operação clínica é o meio pelo qual se torna possível, a partir da transferência,³ compreender como um bebê se implica subjetivamente em relação à *letra* que nele precipitou seus efeitos de inscrição a partir do laço com o Outro. Busca-se – principalmente – que, por meio da leitura, a *letra* possa ser posta a operar de forma constituinte para o bebê (Jerusalinsky, 2014).

Os bebês estão aí para recordar [...] que a dimensão significativa não se reduz apenas à palavra falada - como certas vertentes da clínica psicanalítica parecem sublinhar, diminuindo a importância do visto no gesto, na postura e no tônus corporal ou do ouvido na entoação, esquecendo que as mesmas são também produções pelas quais as formações do inconsciente comparecem em ato (Jerusalinsky, 2014, p. 44).

O *dado a ver* no corpo do bebê, quando considerado como manifestação enigmática de um sujeito que está em plena constituição, pode advir como a produção de um saber que o constitua subjetivamente. Assim, observa-se que o *infans* exprime no corpo e por meio dele o que não consegue exprimir de maneira diferente e é com essa linguagem que o psicanalista vai trabalhar (Teperman, 2005).

Esse corpo que é reconhecido na escuta/leitura clínica de bebês, não se refere ao organismo, mas compreende o corpo de um sujeito, que “[...] é Letra, é gramática, e é lida pelo Outro enquanto tal (o que implica uma reconstrução)” (Levin, 1995, p. 47). O corpo, nesse sentido, é da ordem do imaginário – atrelado a uma imagem – e sobre ele há o *Outro* que inscreve um dizer. O sujeito não é o mesmo que seu corpo, ele terá que se apropriar dele, o que implica um árduo trabalho psíquico que remete ao movimento subjetivo de incorporação simbólica.

É válido destacar que o simbólico, a linguagem, já existe antes do nascimento do bebê, ou seja, a referência de sujeito pré-existe ao corpo – existência esta articulada ao que os pais imaginarizaram e criaram como expectativas sobre esse bebê e as realizações que ainda estão por vir. Assim, a apreensão subjetiva do corpo próprio é constituída a partir de uma história que inicia antes mesmo de que a criança possa escolher algo sobre si e é o que a constitui e a torna humana (Levin, 1995). Neste contexto, o *Outro* tem a função de apresentar e sustentar uma referência discursiva sobre o corpo ao bebê, o que viabiliza a operação psíquica da passagem do corpo da necessidade ao corpo pulsional.

³ “É possível conjecturar que o bebê, na presença do terapeuta, reconhece a possibilidade de enviar mensagens que até então conseguia comunicar apenas na forma de sintomas (Watillon, 1993). No nosso ponto de vista, se o bebê é capaz de perceber o terapeuta/ analista como alguém que pode auxiliá-lo em seu sofrimento, ele é capaz de algum nível de transferência” (Solva *et al.* 2017, p. 206).

Está se falando do corpo enquanto abordado pelo discurso e discursivo. Considera-se que a mãe decodifica as manifestações do bebê e enlaça esta produção nos deslizamentos de uma cadeia significativa. Esse processo ocorre através da linguagem, o que produz significações e sentidos ao que era originalmente puramente corporal. Jerusalinsky (1999, p. 25) aponta que

[...] a captura do corpo por parte de uma cadeia significativa o ordena em um olhar, escutar, dirigir-se, receber, entregar, etc., em que as funções nutritivas ou excrementícias, ou os princípios perceptivos [...], cedem lugar a [...] ordenamento simbólico do corpo, operado por um Outro, que rearma esse corpo em uma posição imaginária.

Pela formação do vínculo, dos bordejamentos, das continuidades e descontinuidades presentes na relação entre o bebê e o *Outro*, realizam-se inscrições constitutivas do corpo subjetivado da criança. São esses processos que irão construir a superfície corpórea de um sujeito, sendo esta entendida como uma projeção psíquica, não como corpo biológico. Primeiramente o corpo se constitui por projeção mental, e apenas depois a criança irá exercer o domínio do próprio corpo (Levin, 1995).

Levin (1995) destaca que a experiência de apreensão subjetiva do corpo, sustentada por referências simbólicas e imaginárias, viabiliza que se constituam a imagem e o esquema corporal, sendo estes dois processos intimamente ligados ao advir do desenvolvimento. O esquema corporal é o que a criança pode dizer ou representar sobre o próprio corpo, sendo da ordem do evolutivo, do temporal. Já a imagem corporal é constituinte do sujeito desejante, não sendo em absoluto da ordem do evolutivo, pois é constituída de acordo com a experiência subjetiva do sujeito, dessa forma, está relacionada com a inscrição, com a demarcação mnêmica.

Nesse sentido, Jerusalinsky (2014) destaca a importância do olhar do clínico sobre o que se dá a ver na produção do bebê, instaurando, primeiramente, este *dado a ver* como um enigma a decifrar e, em outro momento, devido a uma construção clínica, a operação de leitura entra em cena. É por meio do que o bebê dá a ver e que é observado pelo clínico enquanto leitura da forma como esse bebê se posiciona frente ao *Outro*, que os discursos que o acompanham terão relevo clínico.

Ademais, quando se observa uma manifestação de sintoma no bebê, comparece, juntamente a isso, um sentido enigmático. O sintoma comparece, é *dado a ver*, mas de forma enigmática. Disso pode-se entender que o sintoma que se apresenta em seu corpo é uma ‘resposta’ a um contexto, articulado à rede simbólica na qual está sustentado. A partir de sua organização corporal dada a ver, o bebê oferece o enigmático manifesto do desejo parental em seu corpo (Jerusalinsky, 2014).

Quando se trata de um bebê, o sintoma se apresenta em seu corpo e em suas realizações do desenvolvimento. Porém, as representações acerca do que lhe acomete estão sustentadas pela mãe e/ou pelo casal parental, aqueles que encarnam a posição de *Outro*. Diante deste contexto, na clínica é possível acolher ao bebê como enigma e a sua produção ser considerada como uma representação que dá a ver de modo enigmático a marca do discurso do *Outro*. Se é no corpo do bebê que a fantasia materna ou o sintoma parental se manifestam, o trabalho do clínico não pode acontecer na ausência do bebê ou na ausência dos pais, mas com todos que compõem essa estrutura familiar.

É neste enlaçamento entre o real do órgão e o simbólico parental que se dá a nossa intervenção. Não se trata de tomar o discurso parental por um lado e as funções

orgânicas por outro, mas justamente a articulação entre um e outro, o ponto em que o discurso parental, ao fazer seus retornos sintomáticos, produz inscrição, faz letra, produz as primeiras marcas constituintes do e no bebê (Jerusalinsky, 2002, p. 193).

Na clínica com bebês a intervenção ocorre no tempo em que estão se efetuando as marcas fundantes da constituição psíquica e os aspectos originários que enlaçam o desenvolvimento. Com isso, o clínico fica implicado nesse tempo constitutivo de tal maneira que, no vínculo transferencial, incorre a necessidade de precisar emprestar seus próprios significantes ao bebê.

Jerusalinsky (2002) sustenta que a intervenção clínica está situada na articulação entre o estabelecimento dos circuitos pulsionais do bebê e o circuito de desejo e demanda do *Outro*. Compreende-se que o clínico opera na “[...] articulação entre a fala parental, o que dessa fala se precipita enquanto inscrição, enquanto letra que toma o corpo do bebê” (Jerusalinsky, 2002, p. 144). O corpo do bebê, a fala parental e a letra como marca do significante estão intrincados neste fazer clínico, já que a constituição do bebê depende da articulação entre esses fatores.

O clínico, a partir da transferência parental, passa a integrar a constelação do Outro primordial do bebê; ele opera como um agente articulador do circuito de desejo e demanda que possa vir a repuxar a corda pulsional do bebê e enlaçá-la ao campo do Outro; e opera com os pais no sentido de propiciar que eles possam situar-se como agentes das funções maternas e paterna para o bebê. Tal articulação, que se encontra com obstáculos, impedimentos ou fraturas, é inicialmente suportada pela transferência e depositada na pessoa do clínico (Jerusalinsky, 2002, p. 134).

Fernandes (2010, p. 39) observa que “[...] um bebê não existe sozinho, fora da linguagem transmitida pelo seu cuidador primordial”, destacando que o trabalho na clínica com bebês precisa incluir a abordagem da relação estabelecida entre o bebê e o *Outro* parental. Em consonância com as ideias de Fernandes (2010), Jerusalinsky (2014) sustenta que o lugar do clínico se imbrica no laço pais-bebê, especialmente diante do momento em que o *dado a ver* (sintoma) no corpo problematiza ou impossibilita deslizamentos acerca das significações. Essa impossibilidade pode impedir os pais de estabelecer novas representações na antecipação simbólica e funcional que produzem no enlace e nos cuidados ao bebê.

Nessa especificidade clínica, é preciso considerar para além da fala, pois a criança possui uma necessidade de “mostrar” aquilo que diz seu sintoma. A clínica se esboça como leitura diante do que o bebê e/ou a criança *dá a ver*, através de seus recursos de expressões, tais como o brincar, as manifestações psicossomáticas, o desenhar e demais produções inerentes ao tempo da infância. Jerusalinsky (2014, p. 51) observa:

Uma criança suporta em seu brincar o dizer do que ainda não pode falar. Assim como o bebê suporta na psicossomática e em sua implicação corporal o traço significativo que o captura no dizer do Outro para além de sua insuficiência verbal.

Na clínica com bebês, essa “mostração” se dá a partir da fala sobre o bebê, com o bebê, e pelo bebê, dos encontros e desencontros que emergem da relação com os seus cuidadores, os quais estão em posição tutelar à sua existência (Fernandes, 2010). Faz-se necessário compreender a queixa inicial trazida pelos agentes parentais; muitas vezes, revela-se como um padecimento próprio e que não produz qualquer dificuldade para o filho.

É preciso atentar-se ao que os pais trazem a respeito do filho, escutando em suas falas o narcisismo infantil e a reatualização em cada uma das suas próprias resoluções do complexo edípico e castração. Como alega Jerusalinsky (2002), quando um sujeito se depara com o

exercício da maternidade ou da paternidade, produz uma reedição sintomática de sua filiação, sexuação e identificação.

Algumas vezes pode ocorrer de os pais levarem o filho para atendimento clínico e se depararem com o encontro de uma demanda de tratamento que não conseguem fazer em nome próprio. É importante que o clínico esteja atento a esta questão, que tenha condições de escutar quando se trata do mal-estar produzido nos pais, proveniente do exercício da maternidade ou paternidade, da leitura sobre como o *Outro* primordial tem se inscrito para o bebê (Jerusalinsky, 2002).

Há casos em que a solicitação de tratamento é elaborada por médicos ou profissionais das Escolas de Educação Infantil, ocorrendo – muitas vezes – de os pais não estarem despertos diante do sintoma manifesto pelo bebê. Tal condição leva à situação de que profissionais acabem por detectar as dificuldades que o bebê apresenta em seu desenvolvimento, levando aos pais a demanda para que busquem por espaços clínicos de avaliação e tratamento. Jerusalinsky (2002) observa a importância de também atentar-se às demandas provenientes do âmbito social, parental ou ambos, para pensar acerca de uma intervenção clínica. Há queixas bastante frequentes e provenientes de creches ou escolas, relacionadas à agressividade, dificuldade de permanecer no ambiente escolar e, ainda, dificuldades em se separar da mãe, por exemplo.

É importante, segundo a autora, buscar pelo esclarecimento, junto aos pais e à instituição, se “[...] é efetivamente a criança que está a fazer sintoma ou se é a instituição que está a fazer sintoma com ela” (Jerusalinsky, 2002, p. 180). É preciso compreender como o mal-estar efetivamente recai como obstáculo para o bebê; para isso, é fundamental a construção da leitura das produções do bebê e também de como esse discurso que vem do *Outro* se precipita como letra, como nele se inscreve (Jerusalinsky, 2002).

A partir da leitura das produções do bebê, é importante destacar que é frequente que, quando um sintoma evolui para além das primeiras manifestações, o desenvolvimento fica comprometido de forma conjunta, pois quanto menor é uma criança, mais indiferenciados estão entre si os aspectos instrumentais do desenvolvimento. Quanto mais cedo ocorrer algum problema que afete o desenvolvimento, maior é a probabilidade de que a dificuldade apresentada numa determinada área se estenda às demais.

Para que a intervenção clínica ocorra em tempos originários da constituição psíquica, do desenvolvimento e de possíveis manifestações de obstáculos que estas operações encontram, é fundamental que os profissionais que têm contato com os pais e o bebê possam estar atentos à observação e escuta de indicadores que o orientem sobre possíveis sinais de risco ao desenvolvimento e à constituição psíquica. Melo e Jerusalinsky (2020) propõem a abordagem clínica a partir de um olhar que esteja atento aos aspectos acerca das especificidades de cada caso, identificando possíveis dificuldades; porém, com o cuidado para que haja a atenção e promoção à escuta dos aspectos inerentes ao sofrimento psíquico. Que não haja inclinação clínica excessivamente centrada em fatores orgânicos, o que poderia ocasionar em uma invisibilidade aos impasses subjetivos que podem estar articulando o sintoma em questão.

Melo e Jerusalinsky (2020) apontam a existência de indicadores estudados pela psicanálise que possibilitam o acompanhamento da estruturação psíquica de um bebê. Esses indicadores são transmissíveis a todos os profissionais que têm ligação com a primeiríssima infância, tanto da área da saúde como da área da educação e, portanto, tornam possível a detecção precoce de dificuldades, bem como propiciam um acompanhamento do desenvolvimento que não esteja apenas centrado nos aspectos maturacionais, mas que considerem também as questões subjetivas do bebê e da sustentação da função materna e paterna.

As autoras supracitadas (Melo; Jerusalinsky, 2020) destacam a importância de que o profissional que acompanha o desenvolvimento do bebê tenha conhecimento acerca dos sinais de sofrimento psíquico apresentados por ele. Quando tais sinais não são vistos, podem desencadear consequências graves de estruturação psíquica, o que pode ser evitado ou, ao menos, amenizado diante de uma intervenção atenta.

[...] quando no lugar de um laço se apresenta um desencontro, quando o corpo está em pedaços que o gesto não consegue recolher, quando o olhar não é um farol que endereça o movimento que vaga à deriva, quando a palavra não vetoriza a pulsão de vida dando borda a uma superfície corporal e atribuindo um Eu, então se dão a ver repetições sem sentido, impulsos sem direção e fragmentos desconstruídos de um fracasso que se recolhe como desilusão, que faz ruído pela agitação ou silenciosa retirada do lado da mãe ou do bebê. Revela-se aí a força com que esses atos primordiais – pequenos, inaugurais e decisivos – imprimem o rumo do que está por advir, produzindo uma vasta extensão de consequências (Melo; Jerusalinsky, 2020, p. 24).

Neste contexto, a intervenção deve se fazer presente com bebês, em atenção ao engate que o desejo do *Outro* ainda não operou. Para que um bebê possa se constituir psiquicamente, é preciso que um *Outro* suponha nele um sujeito de desejo. O clínico em seu trabalho de intervenção precoce, ocupa esse lugar na sustentação das antecipações simbólica, imaginária e funcional constitutivas para o bebê. A partir da transferência envolvida nesta intervenção, é possível encontrar caminhos pelos quais a demanda de tratamento dirigida ao clínico pelos pais possa ser articulada novamente ao bebê, possibilitando que um circuito de demanda e desejo se instale (Jerusalinsky, 2002).

Quando ocorre a *fratura da função materna*, a qual diz respeito ao fracasso na instauração do circuito de desejo e demanda, entende-se que a intervenção do clínico se faz necessária. O profissional intervém na clínica com bebês, articulando o estabelecimento do circuito pulsional do bebê ao circuito de demanda e desejo do *Outro*. Sobre isso, Jerusalinsky (2002, p. 142), postula que:

O saber que transferencialmente se supõe no clínico é efeito do saber inconsciente dos pais que não se articula no sentido de possibilitar o exercício das funções maternas e paternas com o bebê. Os pais supõem que seja o clínico quem deteria efetivamente o saber acerca do que ocorre e convém a seu filho. Que o clínico faça semblante de sujeito suposto saber (em lugar de dizer que não sabe nada disso) dá lugar a que os pais possam, suportados em tal transferência, vir a desdobrar seu saber inconsciente acerca do filho (pois, em todo caso, o clínico sabe que os pais sabem aquilo que eles pensam não saber).

É fundamental que o clínico dê lugar à produção de um “[...] salto forte e ao mesmo tempo precisamente delicado para acender entre a mãe e o bebê a fagulha do desejo” (Melo; Jerusalinsky 2020, p. 25). Pela intervenção clínica, há a possibilidade de convocar a produção do bebê enquanto sujeito a constituir as suas realizações, apropriando-se das aquisições do seu desenvolvimento. Ainda, há possibilidade de que o trabalho clínico articule sustentação ao estilo de transmissão que se engendra na singularidade de uma rede familiar.

Jerusalinsky (2020) salienta que é preciso reconhecer como as questões familiares e o processo de estruturação psíquica se *dão a ver* nas produções do bebê, sendo também imprescindível que o clínico esteja atento à intersecção entre estes fatores e os momentos cronológicos (idade do bebê e períodos nos quais conta com a abertura das janelas de

maturação) em que é esperado que compareçam tais produções. A partir desses conhecimentos, torna-se possível realizar clinicamente a detecção precoce de sofrimento psíquico enquanto aspecto articulado ao *dever* do desenvolvimento, compreendendo a relação existente entre a estruturação psíquica e as aquisições instrumentais – linguagem, psicomotricidade, hábitos e aprendizagem.

Dessa forma, os conhecimentos produzidos a partir dos estudos da psicanálise podem ser abordados junto a profissionais que intervêm com bebês. Destacam-se a área da saúde (profissionais da atenção básica que fazem o acompanhamento do desenvolvimento e àqueles que atuam nas maternidades e UTIs Neonatais), da Educação Infantil (os quais sustentam os cuidados do bebê no espaço institucional) e na assistência a profissionais que fazem a mediação de processos de adoção ou que trabalham em instituições de acolhimento (Melo; Jerusalinsky, 2020). Tal abordagem é fundamental, pois:

Ao transmitir a profissionais que intervêm com todo e qualquer bebê indicadores de referência para a estruturação psíquica cruzada com o desenvolvimento, lança-se luz, na cena de acompanhamento de um bebê, algo que antes ficava invisível nessas práticas, favorecendo que os profissionais passem a sustentar tais aspectos. Abre-se também espaço para escutar e acolher os inevitáveis mal-estares produzidos na relação pais-bebês, possibilitando que eles deslizem e evitando que se cristalizem como uma dificuldade que venha a fazer obstáculo à estruturação de um bebê. (Melo; Jerusalinsky, 2020, p. 27-28).

Diante deste contexto, cabe destacar o instrumento IRDI como uma possibilidade de detectar riscos psíquicos que estão em um campo totalmente oposto ao da realização de protocolos de avaliação clínica pautados prevalentemente a partir da lógica da existência e/ou confirmação de patologias. O IRDI foi construído pelo Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) e validado para uso pediátrico resultante de uma pesquisa intitulada: “Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” realizada no período de 1999 a 2008 (Melo; Jerusalinsky, 2020). O IRDI possui indicadores que podem demonstrar quando algo não vai bem com o bebê e na relação entre o bebê e o *Outro Primordial*, possibilitando que o profissional detecte esses sinais destes impasses e realize encaminhamento para intervenção precoce (Jerusalinsky, 2018). Os indicadores, quando estão presentes, demonstram que a constituição psíquica do bebê está ocorrendo a contento. Quando estão ausentes, apontam aos riscos quanto aos processos inerentes à constituição psíquica e ao desenvolvimento.

O instrumento IRDI possui 31 indicadores, os quais têm valor preditivo de problemas de desenvolvimento ulteriores e 15 indicadores com maior poder de predição de risco psíquico. Tal instrumento foi construído a partir de quatro eixos teóricos: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna. Esses quatro eixos se entrelaçam nos cuidados que a mãe dirige ao bebê e nas produções que o bebê realiza. O instrumento é utilizado a partir da observação direta da relação do cuidador com o bebê ou por meio de inquérito.

O propósito do desenvolvimento do instrumento foi de que os IRDIs pudessem ser utilizados para detectar a presença de riscos inerentes à constituição psíquica que pudessem desencadear problemas para o desenvolvimento infantil. A escolha do pediatra como profissional, a quem se atribui a utilização inicial desse instrumento, justifica-se por ser – muitas vezes – o primeiro profissional a entrar em contato com o bebê e seus cuidadores; podendo, dessa maneira, detectar precocemente o sinal de risco ou sofrimento psíquico e encaminhar a tempo para a intervenção, já que possibilidades de níveis de remissão se articulam com a precocidade da abordagem

clínica. Posteriormente foi observado que outros profissionais da Saúde e da Atenção Básica, bem como profissionais da área da Educação e Serviço Social, poderiam utilizar esse instrumento no seu trabalho com crianças e bebês, não apenas o pediatra (Melo; Jerusalinsky 2020).

Para pediatras, o IRDI pode ser utilizado como um roteiro para acompanhar a relação do bebê com seu cuidador. Nas instituições de Educação Infantil, tal recurso pode ser manejado como um acompanhamento da relação que um professor institui com o bebê sob seus cuidados – não se colocando em uma posição de observador, como o pediatra, mas o próprio professor estando implicado nessa relação. Há a compreensão de que a metodologia IRDI é um acompanhamento, orientado pelos IRDIs, dos encontros e desencontros da professora no exercício da continuidade da função exercida pela mãe (Kupfe *et al.*, 2009).

Pode-se dizer que o percurso para chegar a uma intervenção precoce demanda olhar atento ao bebê, sendo reconhecida a importância de que ocorra o mais cedo possível. Entretanto, para que isso ocorra a tempo, é fundamental que os primeiros profissionais que atendem o bebê e os seus cuidadores tenham conhecimento acerca de como detectar sinais de risco ou sofrimento psíquico, para que, dessa forma, o encaminhamento a uma intervenção precoce seja feito. Para a psicanálise é quase unânime a ideia de que não há como agir buscando uma *prevenção*, porém, é possível pensar em *previsão*.

Para construir uma hipótese sobre uma certa direção de construção subjetiva, faz-se necessária a detecção de sinais de risco ou sofrimento psíquico no bebê. Esse trabalho se dá juntamente com os pais, pois de um lado cabe ao clínico realizar uma previsão dos caminhos possíveis da subjetivação do bebê e, por outro lado, é responsabilidade dos pais o exercício de uma antecipação da posição futura de um sujeito (Teperman, 2005). Considerando que o papel do clínico possui caráter transitório, uma vez que o funcionamento pulsional do bebê liga-se a um circuito de demanda e desejo e este opera e é sustentado pelos pais, a presença do clínico não se faz mais necessária (Jerusalinsky, 2002).

Pode-se articular que a intervenção em saúde mental, já como uma práxis a ser realizada com bebês, necessita do reconhecimento de indicadores de risco antes mesmo que se engendre uma psicopatologia de fato. Quando se fala sobre primeiríssima infância, momento em que a estruturação não está decidida, é preciso considerar que os bebês *não podem esperar*, pois tal espera pode desencadear a incidência de significativas problematizações no seu desenvolvimento, psicopatologias e, ainda, lançar sobre eles diagnósticos de catalogações precipitadas. A fim de que se produza um trabalho efetivo de detecção precoce e a promoção de um sujeito em desenvolvimento ao bebê, há a necessidade de dedicar-se à construção de profundos conhecimentos acerca da primeiríssima infância, compreendendo que “[...] é sobre o rastro do que não se constituiu em um primeiro momento que um sintoma virá a se produzir em um momento posterior” (Avelar; Jerusalinsky 2020, p. 48).

Estar diante da posição ética que aborda um bebê como um sujeito em constituição e o seu desenvolvimento enquanto articulado aos seus aspectos subjetivos, evita riscos gerados por práticas clínicas de triagens que priorizam a abordagem por patologias, o que pode acarretar efeitos induzidos na experiência diante da diagnose e da clínica. Considera-se importante que todos estes aspectos possam ser discutidos nos espaços de construção e implementação de implementação de políticas públicas atentas à prevenção e promoção de saúde ao bebê, à criança, à infância.

Considerações finais

O trabalho desenvolvido e intitulado “Escuta clínica e intervenção com bebês: Tessituras acerca de uma experiência possível”, constituiu-se como uma pesquisa de cunho bibliográfico, com a perspectiva de encontrar e elaborar arcabouço teórico que torne possível e sustente a possibilidade de construção de conhecimentos e o lançamento à experiência de construção de escuta clínica com bebês.

Diante das leituras realizadas, articula-se que o bebê, já não mais protegido no ventre materno, precisa enfrentar diversos desafios e realizar travessias inerentes à constituição psíquica e ao desenvolvimento. Para isso, necessita do suporte de um *Outro assegurador* que lhe sustente a continuidade existencial. O recém-nascido “carece” de sustentação (holding) humana e tempo para regular os estímulos que o afetam, para organizar as sensações experienciadas – de forma a integrá-las e transformá-las em aquisições do desenvolvimento – e para constituir-se psiquicamente. Apesar de ser considerado como um ser que vem ao mundo com competências sensoriais significativamente desenvolvidas e que participa ativamente das experiências que o cercam, é estruturalmente dependente do encontro e da formação de vínculo com outro humano para que transcorra o seu desenvolvimento. Para sua existência e sobrevivência psíquica, necessita que a mãe lhe dê algo mais do que simplesmente garantir a satisfação das suas necessidades biológicas. Faz-se necessário que, para o bebê constituir-se subjetivamente, o agente materno sustente, enquanto *Outro* primordial, operações psíquicas que englobam o estabelecimento da demanda, a suposição do sujeito, a alternância e a alteridade – o que articula condições para que o bebê possa enlaçar-se ao desejo de existência e ao seu processo de constituição psíquica.

O circuito de desejo e demanda constituído pelo vínculo inaugurado entre o bebê e o *Outro* materno [primordial], produz empuxos, estirões na corda pulsional, gerando uma linha imaginária de desenvolvimento, sendo o *Outro* materno um ponto fundamental de referências ao desejo e às representações de um *vir-a-ser*, de *trans-formar-se*. Nesse contexto do vínculo constituído entre o bebê e o *Outro*, as antecipações discursivas sustentadas pelo desejo parental – antecipação simbólica, antecipação imaginária e antecipação funcional - articulam referências de imagem de filho e de realizações a se construir no e pelo filho. Os autores estudados apontam para a experiência constitutiva de que, diante das antecipações, o bebê se coloca ativo em um movimento de realizações.

Jerusalinsky (2002) observa que o bebê se lança num precipitar-se, indo ao encontro do que o desejo e a demanda do *Outro* arma como antecipação à realização. A autora refere que ao *Outro* materno cabe apostar e surpreender-se diante da produção do filho; nesse sentido, para que a mãe possa se surpreender com o que é produzido pelo bebê, é preciso que ela não saiba tudo e que possa dar lugar à alteridade. Essa experiência permite a ele o nascimento da sua subjetividade e do seu desenvolvimento como desdobramentos inerentes à sua singularidade. É importante apontar que a mobilização significativa acerca das manifestações corporais da criança, ou seja, quando o *Outro* lhe atribui sentidos e significações às suas manifestações, é fundamental para a sua constituição psíquica e para que as aquisições do seu desenvolvimento estejam enlaçadas à legitimidade de um desejo familiar constitui e legitima a sua existência.

Diante de tais questões, para compreender a clínica com bebês se faz necessário refletir acerca do olhar do clínico. Nesse caso, pode ser entendido como uma operação de leitura do sintoma *dado a ver* no corpo do bebê. Essa operação clínica torna possível, a partir da

transferência, compreender como um bebê se implica subjetivamente em relação à letra que nele precipitou seus efeitos de inscrição a partir do laço com o *Outro*.

Para poder refletir acerca da leitura do *dado a ver* no corpo do bebê, é preciso retomar o que a psicanálise entende por ‘corpo’. Compreende-se que o corpo é concebido como discursivo e abordado pelo discurso, sendo que o *Outro* materno, desde os primórdios, se coloca na posição de decodificar as manifestações do pequeno bebê, enlaçando esta produção aos deslizamentos de uma cadeia significativa que lhe faz sentido, que tece a rede dos reconhecimentos implicados na filiação. Esse processo ocorre por meio do vínculo que se estabelece entre o bebê e o *Outro*, do qual se enlaça a existência ao desejo e à linguagem, o que sustenta possibilidades de significação e sentidos ao puramente corporal.

Nesse contexto de leitura clínica, pode-se entender que o sintoma que se apresenta no bebê articula-se à rede parental e simbólica desde a qual o bebê é enlaçado e sustentado. O clínico precisa estar em acolhimento, atenção e escuta à fala dos agentes da parentalidade e cuidadores do bebê, à queixa inicial trazida por eles e às demandas provenientes do âmbito social, para pensar acerca de uma intervenção clínica.

Na clínica com bebês, é fundamental compreender que as suas produções como articuladas ao discurso que vem do *Outro* e que se precipitam como letra e inscrições em seu corpo. Considera-se que o bebê é levado para tratamento quando algo fracassa no circuito de realização das suas produções inerentes ao desenvolvimento, assim como na realização destas produções diante das demandas parentais e sociais.

O clínico, em seu trabalho, compõe transferencialmente o lugar do *Outro*, sustentando vias à suposição de um sujeito de desejo no *infans* e desdobrando discursivamente as antecipações simbólica, imaginária e funcional que são constitutivas aos processos de subjetivação e de desenvolvimento. No corpo do bebê, as fantasias maternas ou o sintoma parental se manifestam, sendo que o trabalho do clínico precisa acontecer com a presença deste sujeito em constituição e de seus pais, ou seja, destes que compõem a sua estrutura familiar. Considerando que o papel que o clínico cumpre possui caráter transitório e, uma vez que o funcionamento pulsional do bebê liga-se a um circuito de demanda e desejo e este opera e é sustentado pelos pais, a presença do clínico já não se faz mais necessária (Jerusalinsky, 2002).

É importante atentar-se às construções teóricas e clínicas produzidas pela psicanálise e que sustentam a intervenção com bebês, as quais concebem esta práxis clínica com o reconhecimento de que se trata de uma experiência com vias de articulação de *previsão* acerca dos caminhos possíveis da subjetivação do bebê; sendo que, para isso, faz-se necessária a detecção de sinais de risco ou sofrimento psíquico ainda em tempo precoce. Estas construções teóricas apontam à perspectiva e à aposta de que a intervenção clínica ocorra a tempo, ou seja, em tempo no qual se esboçam aspectos originários de sofrimento psíquico e seus desdobramentos no desenvolvimento, de tal maneira que se possa trabalhar clinicamente com a possibilidade de constituir novos caminhos e ressignificações que permitam que os sintomas não desdobrem à pequena criança e à sua família somente o destino e o sentido da cronificação e/ou patologização.

Diante desses aspectos, os autores estudados apontam que é fundamental que os primeiros profissionais que estejam em contato com os pais e com o bebê, tenham como referência clínica – de escuta e de observação – indicadores que o orientem sobre os possíveis sinais de risco psíquico e ao desenvolvimento do bebê. Nesse sentido, existem indicadores estudados pela psicanálise que possibilitam o acompanhamento da estruturação psíquica de um bebê e articulam tal aspecto às possibilidades e/ou impasses às aquisições do desenvolvimento. Tais

conhecimentos podem ser transmitidos e compartilhados com e entre profissionais que intervêm com a primeiríssima infância.

Neste contexto das modalidades e das especificidades da intervenção clínica com bebês, o instrumento IRDI se apresenta como um recurso para detecção de riscos de sofrimento psíquico e problematizações do desenvolvimento. O instrumento IRDI possui indicadores que podem demonstrar quando algo não vai bem com o bebê, assim como quando algo não vai bem entre o bebê e os agentes da parentalidade que estão diante da sustentação inerente à função do Outro Primordial; possibilitando que o profissional tenha referências consistentes para detecção desses sinais para – desta forma – realizar encaminhamentos clínicos e de intervenção precoce. Há o reconhecimento de que a intervenção em tempo da primeiríssima infância sustenta possibilidades de construir e/ou articular ‘novos possíveis destinos’ ao desenvolvimento do bebê e sua família.

Referências

- Avelar M. M.; Jerusalinski, J. (2020). Os psicodiagnósticos fechados e a prática pediátrica: em que se aposta nos primórdios do desenvolvimento infantil?. In Jerusalinski, J.; Melo, M. de S. de. *Quando algo não vai bem com o bebê - detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce* (pp. 39-54). Salvador: Ágalma.
- Bernardino, L. M. F. (2008). É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In Kupfer, M. C.; Teperman, D. (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp.-13-30). São Paulo, SP: Escuta.
- Camarotti, M. C. (2020). Construindo a parentalidade. In D. de B. Wanderley (Org.), *Sua majestade, o bebê: o desenvolvimento global do bebê no primeiro ano de vida*. Núcleo Interdisciplinar de intervenção precoce da Bahia, 1(1). Disponível em: https://lalalingua.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Revista_Sua_Majestade_o_Beb%C3%AA_v02_20200913_2_O_K.pdf.
- Gherovici, P. A infância não é coisa de criança. *Estilos clin.* v. 4, n. 6, pp. 18-27, 1999. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v4i6p18-27>
- Dolto, F.; Nasio, J-D. *A criança do espelho*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- Dor, J. *Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem*. tradução Carlos Eduardo Reis; supervisão e revisão técnica da tradução Claudia Corbisier. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- Fernandes, C. *Psicanálise para aqueles que ainda não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- Garrafa, T. Primeiros tempos da Parentalidade. In: Teperman, D.; Garrafa, T.; Iaconelli, V. (Orgs.). *Parentalidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, pp. 55-70.
- Gonçalves, A. D. As competências do recém-nascido. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). *Sua majestade, o bebê: o desenvolvimento global do bebê no primeiro ano de vida*. Núcleo Interdisciplinar de intervenção precoce da Bahia. Ano I - n. 1. set., 2020. Disponível em: https://lalalingua.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Revista_Sua_Majestade_o_Beb%C3%AA_v02_20200913_2_O_K.pdf.

content/uploads/2020/09/Revista_Sua_Majestade_o_Beb%C3%AA_v02_20200913_2_O_K.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

- Jerusalinsky, J. (1998). De olho no instrumental na clínica psicanalítica. In J. Jerusalinsky, J. *Escritos da Criança*. n. 5. Publicação Centro Lydia Coriat. Porto Alegre, RS: Palavra-Prima.
- Jerusalinsky, A. (1999). Falar uma criança. In A. Jerusalinsky e col., *Psicanálise e desenvolvimento infantil* (pp. 50-62). Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (1999). Desenvolvimento e psicanálise. In A. Jerusalinsky e col., *Psicanálise e desenvolvimento infantil* (pp. 23-30). Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2014). *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador, BA: Agalma.
- Jerusalinsky, J. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao estatuto da criança e do adolescente. *Estilos clin.*, 23(1), 83-99. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p83-99>
- Kupfer, M. C. M. 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 Online*, 6(1), 48-68. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v6i1p48-68>
- Levin, E. (1995). O corpo e o Outro. In E. Levin, *A clínica psicomotora: o corpo da linguagem* (pp. 44-77). Petrópolis: Vozes.
- Melo, M. de S.; Jerusalinsky, J. (2020). Intervenções clínicas com a pequena criança: acompanhamento diagnóstico e tratamento diante das estruturas não decididas na infância. In: SCHALY, M. S. W. (Org.). *Psicanálise em tempos de urgência*. Porto Alegre, RS: Editora Fi.
- Silva, M. da R. et al. Sobre a transferência na clínica psicanalítica pais-bebê. *Psicol. clin.* vol.29 no.2 Rio de Janeiro, 2017. <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0029n02A04>
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Vorcaro, A. (2002). Prefácio. Sobre o tempo, estímulo e estrutura. In J. Jerusalinsky, *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês* (pp. 11-20). Salvador: Ágalma.
- Winnicott, D. W. (1963). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. por Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed.

Revisão gramatical: Dr^a Noili Demaman
E-mail: noili@textualassessoria.com.br

Recebido em julho de 2025 – Aceito em dezembro de 2025.