



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**BEATRIZ SERNACHE DE CASTRO NEVES**

**UMA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DA RELAÇÃO ENTRE A MÃE E O BEBÊ  
EM SITUAÇÃO DE POBREZA E VULNERABILIDADE SOCIAL: UM ESTUDO A  
PARTIR DOS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O  
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**FORTALEZA**

**2021**

BEATRIZ SERNACHE DE CASTRO NEVES

UMA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DA RELAÇÃO ENTRE A MÃE E O BEBÊ EM  
SITUAÇÃO DE POBREZA E VULNERABILIDADE SOCIAL: UM ESTUDO A PARTIR  
DOS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, curso de Doutorado em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Karla Patrícia Holanda Martins

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

N422c Neves, Beatriz Sernache de Castro.

Uma compreensão psicanalítica da relação entre a mãe e o bebê em situação de pobreza e vulnerabilidade social : um estudo a partir dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil / Beatriz Sernache de Castro Neves. – 2021.  
189 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite .

Coorientação: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins .

1. Saúde Materno-Infantil. 2. Psicanálise. 3. Vulnerabilidade Social. 4. Saúde Coletiva. I. Título.

CDD 610

---

BEATRIZ SERNACHE DE CASTRO NEVES

UMA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DA RELAÇÃO ENTRE A MÃE E O BEBÊ EM  
SITUAÇÃO DE POBREZA E VULNERABILIDADE SOCIAL: UM ESTUDO A PARTIR  
DOS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Tese de Doutorado apresentada à Coordenação  
do Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Pública, da Faculdade de Medicina  
da Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial para a obtenção do título de

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Doutora.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins (Coorientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria Celina Peixoto Lima

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof. Dr. Alfredo Nestor Jerusalinsky

(Universidade de Buenos Aires – UBA)

Às mães de pacientes do IPREDE, que me permitiram conhecer suas histórias. E, conhecendo suas histórias, conheci um pouco da história do mundo, também.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu querido professor orientador, Dr. Álvaro Madeiro, por ter aceitado caminhar comigo por essa empreitada e pelo incentivo durante todo o processo.

À minha coorientadora, Professora Doutora Karla Patrícia, pelas leituras atentas, pelo acolhimento de sempre, por ter me instigado durante meu percurso e por ser para mim um grande exemplo profissional.

À Professora Doutora Celina Peixoto, por, numa quinta feira de manhã nublada, me haver apresentado, de maneira encantadora, a Psicanálise e, anos depois, ter me dado o privilégio de orientar minha dissertação de mestrado. Agradeço as considerações tecidas a este trabalho, também.

À Professora Doutora Márcia Machado, pelas fundamentais contribuições no exame de qualificação.

Ao professor Dr. Alfredo Jerusalinsky, por todo apoio e dedicação ao setor de detecção e intervenção precoce do IPREDE ao longo dos anos e por ter aceitado contribuir na defesa dessa tese.

Aos meus pais, Almir de Castro Neves Filho e Vera Lúcia Sernache de Castro Neves, por me terem concedido todas as condições possíveis, materiais, afetivas, inventivas da realização desse trabalho. À minha irmã Cecília Sernache de Castro Neves, por compartilhar comigo a loucura necessária dos nossos pais. À minha avó Celestina Sernache Pio (*in memoriam*) por toda uma vida dedicada ao cuidado.

Ao meu companheiro de vida, Caio Monteiro Silva, que esteve ao meu lado literalmente em todos os passos dessa empreitada. Agradeço a companhia, a paciência e o carinho a mim dedicados.

Aos meus tios, Fred e Beré, pelo incentivo e interesse no meu percurso.

À amiga Érika Dauer, por ter compartilhado comigo as ansiedades, medos e conquistas ao longo desses anos.

À equipe do IPREDE, pelo acolhimento que lhe é marca registrada. Especialmente agradeço ao João Vicente Menescal, pela compreensão e pelos sempre instigantes diálogos.

Agradeço, também, a Gorette e ao Flávio, por estarem sempre a postos para ajudar. À Amanda que permitiu que o companheirismo do trabalho conjunto fosse para além da instituição.

À equipe de intervenção precoce do IPREDE, pelas ricas trocas ao longo desses anos.

Aos meus colegas de trabalho, que me inspiram cotidianamente ao compromisso com a docência, em especial, a Elívia Cidade, Karine Limaverde, Áurea Júlia e Glysa Meneses.

Aos meus queridos alunos, que permitem que eu leve adiante o brilho nos olhos herdados pelos muitos professores que tive ao longo da vida.

Mulher, como te chamas? – Não sei.  
Quando nasceste, tua origem? – Não sei.  
Por que cavaste um buraco na terra? – Não sei.  
Há quanto tempo estás aqui escondida? – Não sei.  
Por que mordeste o meu anular? – Não sei.  
De que lado estás? – Não sei.  
É tempo de guerra, tens de escolher. – Não sei.  
Existe ainda a tua aldeia? – Não sei.  
E estas crianças, são tuas? – Sim. São meus filhos.  
(Vietnã – Poema vietnamita dos tempos da Guerra do Vietnã (01/11/1955-30/04/1975). Tradução: José Santiago Naud e Henrique Siewierki. Brasil-Europa: Poesia e União. Editora Moderna, 2002.)

## RESUMO

O Instituto da Primeira Infância – IPREDE é uma instituição situada na cidade de Fortaleza/CE que tem como principal público-alvo crianças e famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade social. Em 2012, a instituição, visando a ampliar a assistência a essas famílias, implementou um setor de detecção e intervenção precoce psicanalítico. Para a detecção precoce, foi escolhido o instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI. Tal instrumento, baseado na experiência teórica e clínica de anos de clínica psicanalítica com bebês, visou a aproximar o diálogo entre a Psicanálise e a Saúde Coletiva, criando indicadores que facilitassem a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, este ensaio tem como objetivo compreender, desde a perspectiva psicanalítica, os aspectos subjetivos entrelaçados nas relações entre a mãe e o bebê, em contextos sociais e culturais marcados pela pobreza e vulnerabilidade social, correlacionando-os aos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Para isso, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo, perpassada pela Psicanálise, baseada na experiência clínica da pesquisadora principal, que acompanhou a instalação e efetivação do setor de detecção e intervenção precoce no IPREDE. Por intermédio de vinhetas clínicas de aplicações do IRDI, foram observados os atravessadores e obstáculos envolvidos nas relações de cuidado de mães e bebês que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Apontou-se para um olhar qualitativo do instrumento, mostrando a importância do atravessamento clínico em atendimentos de crianças que vivenciam esse contexto, de modo a não *patologizar* situações de pobreza. Assinalou-se, também, a importância de essa avaliação ser vista em seu caráter mais amplo, envolvendo a necessidade de apoio social no acompanhamento do desenvolvimento infantil. Vislumbrou-se, então, o entendimento de uma clínica marcada pela escuta e pelo olhar sensível, como por via do resgate clínico do instrumento IRDI, com o potencial de reconhecer e testemunhar experiências, criando espaços de elaboração e, também, ampliando a rede de apoio às famílias que vivenciam situações de pobreza.

**Palavras-chave:** saúde materno-infantil; psicanálise; vulnerabilidade social; saúde coletiva.

## ABSTRACT

Instituto da Primeira Infância – IPREDE is an institution located in the city of Fortaleza/CE whose main target audience is children and families in situations of poverty and social vulnerability. In 2012, the institution implemented an early psychoanalytical detection and intervention sector, aiming to expand assistance to these families. For the early detection, the instrument Clinical Risk Indicators for Child Development – IRDI was chosen. This instrument, based on the theoretical and clinical experience of years of psychoanalytic practice with babies, aimed to bring the dialogue between Psychoanalysis and Public Health closer, creating indicators that would facilitate the detection of risk signs for child development. In this sense, this article aims to understand the subjective aspects intertwined in the relations between the mother and the baby in social and cultural contexts of poverty and social vulnerability, correlating them with clinical risk indicators for child development. Such reflection made from the psychoanalytic perspective. For this, a qualitative research was carried out, in dialogue with Psychoanalysis, based on the clinical experience of the main researcher, who accompanied the installation and implementation of the early detection and intervention sector at IPREDE. Through clinical vignettes of IRDI applications, the challenges and obstacles involved in the care relationships of mothers and babies who are in a situation of social vulnerability were observed. A qualitative view of the instrument was pointed out, showing the importance of clinical action in the care of children who experience this context, so as not to pathologize situations of poverty. It was also pointed out the importance of this assessment being seen in its broadest character, involving the need for social support in the monitoring of child development. It was pointed out, then, the understanding of a clinic marked by listening and sensitive eyes, as through the clinical rescue of the IRDI instrument, with the potential to recognize and witness experiences, creating spaces for elaboration and, also, expanding the network of support for families experiencing poverty.

**Keywords:** maternal and child health, psychoanalysis; social vulnerability; public health.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b>IPREDE: um pouco de sua história e suas relações com a Psicanálise.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2</b>	<b>Método.....</b>	<b>30</b>
<b>2</b>	<b>QUESTÃO SOCIAL E LEGITIMIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: O ASPECTO SOCIAL DO TRAUMA.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1</b>	<b>Pobreza e vulnerabilidade social.....</b>	<b>34</b>
<b>2.2</b>	<b>Violência, trauma e reconhecimento.....</b>	<b>42</b>
<b>2.3</b>	<b>O trauma em Freud e Ferenczi.....</b>	<b>49</b>
<b>2.4</b>	<b>Trauma e reconhecimento.....</b>	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>OS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL COMO ARTICULADORES ENTRE AS NOÇÕES DE PREVENÇÃO E CLÍNICA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NO IPREDE.....</b>	<b>69</b>
<b>3.1</b>	<b>Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil: história e fundamentação teórica.....</b>	<b>69</b>
<b>3.2</b>	<b>IRDI: Estado de conhecimento.....</b>	<b>77</b>
<b>3.3</b>	<b>O IRDI nas pesquisas quantitativas.....</b>	<b>79</b>

3.4	A	experiência	IRDI	no	83	
	IPREDE.....					
3.5	Prevenção	e	clínica	no	uso	
	IRDI.....					
4	A EXPERIÊNCIA IRDI NO IPREDE: ARTICULAÇÕES TEÓRICO CLÍNICAS.....					103
4.1	A	aplicação	do	IRDI	no	
	IPREDE.....					
4.2	Considerações sobre aplicação do IRDI em contextos socialmente vulneráveis.....					105
4.2.1	<i>Maria e Heloísa</i> .....					112
4.2.2	<i>Roberta e Gisele</i> .....					114
4.2.3	<i>Joana e Marta</i> .....					116
4.2.4	<i>Alice</i>				<i>e</i>	
	<i>Karine</i> .....					117
4.2.5	<i>Aline,</i>		<i>José</i>		<i>e</i>	
	<i>Amanda</i> .....					118
4.3	Sobre	as	“mães	do	120	
	IPREDE”.....					
4.4	Maternidade	em	situação	de	pobreza: o	
	desamparo materno.....					122
4.5	Maternidade:	uma	questão	de	128	
	escolha?.....					
5	CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS À CLÍNICA PRECOCE ATRAVESSADA PELA CONDIÇÃO DE POBREZA.....					133
5.1	Os	desmentidos	da	maternidade	em	
	situação de					133

	<b>pobreza.....</b>	
<b>5.2</b>	<b>O que pode a Psicanálise em contextos marcados pela pobreza e vulnerabilidade social?.....</b>	<b>142</b>
<b>5.3</b>	<b>Entre a técnica e a ética do cuidado.....</b>	<b>152</b>
<b>5.4</b>	<b>O que a experiência IRDI no IPREDE pode contribuir na clínica de bebês em contextos de pobreza e vulnerabilidade social?.....</b>	<b>157</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>159</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>165</b>
	<b>ANEXO A – Ficha de aplicação IRDI.....</b>	<b>179</b>
	<b>ANEXO B – Parecer Coética.....</b>	<b>182</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A investigação agora sob relato surgiu da nossa prática como psicóloga de uma instituição situada na cidade de Fortaleza/CE, que tem a infância em situação de pobreza e seu desenvolvimento global como principal foco. Com efeito, o IPREDE – Instituto da Primeira Infância, ao propor intervenções que promovam o desenvolvimento infantil e quebrem o ciclo de geração de pobreza das famílias, elabora algumas estratégias com os cuidadores que levam a criança à instituição, em sua maioria, mães.

Na ampliação de suas atividades, assunto a ser mais bem desenvolvido posteriormente aqui, o IPREDE fundou um *setor de detecção e intervenção precoce psicanalítico*. Este setor elegeu o IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil como instrumento a ser utilizado na detecção precoce de risco. O IRDI foi pensado, inicialmente, para ser utilizado nas consultas de puericultura, na atenção primária, tendo, também, como objetivo promover o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. Este experimento parte de alguns questionamentos saídos da prática cotidiana da experiência desse setor. De tal modo, temos como objetivo principal compreender, à luz da teoria psicanalítica, os aspectos subjetivos em jogo nas relações mãe e bebê, nos contextos sociais e culturais marcados pela pobreza e vulnerabilidade social, correlacionando-os aos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil.

No decurso da sua história, o IPREDE foi, *pari passu*, alvo de modificações em sua prática institucional, na medida em que a assistência à infância também foi tomando outro espaço nas agendas governamentais em todo o mundo em consonância com diversas pesquisas científicas que apontam a importância da primeira infância no desenvolvimento humano. No entanto, de uma forma geral no contexto brasileiro, essas iniciativas ainda são tímidas e insuficientes ante as necessidades reconhecidas por especialistas de maneira geral. A pauta está posta, mas parece ser ponto pacífico a ideia de que ainda há uma longa trajetória para a concretização do que se entende por necessário em relação às matérias envolvendo políticas públicas e desenvolvimento infantil.

As práticas de cuidados direcionados à primeira infância é objeto, recorrentemente, de mudanças na cultura ocidental, na medida em que se transformam as concepções a respeito da criança (ARÍES, 1962, DONZELOT, 1980) e da própria maternidade (BADINTER, 1980;1990; BEAUVOIR, 1949). Autores como Freud (1905), Piaget (1936), Vygotsky (1978), Wallon (1941), Bowlby (1993), Spitz (2000) contribuíram ao

chamar atenção para a infância, sobretudo por pensarem os modos como o psíquico de constitui em relação ao Outro, enfatizando a importância da intersubjetividade. Foi aos poucos, entretanto, que os governos foram tomando isso como prioridade e foco de ação baseados noutros estudos mais recentes, que confirmaram algumas teses levantadas por esses antigos autores e mostraram os influxos sociais e econômicos ao se cuidar dos primeiros anos de vida do sujeito (GRUNEWALD e ROLNICK, 2010).

Esse movimento se fez mais evidente após a criação e ações da Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef, em 1946, no período pós-Segunda Grande Guerra Mundial. Ações das Nações Unidas, Unicef e Banco Mundial, bem como a implementação de vários programas em diversos países, mostram a importância que assume esse tema.

Alguns estudos (CRESPIN, 1992; DEL CIAMPO *et al.*, 1994) apontam que a primeira infância é um lugar privilegiado de práticas de promoção de saúde (tais como alguns programas de puericultura, aleitamento materno), que visam ao desenvolvimento saudável das crianças com a adoção de determinados tipos de conduta (BLANK, 2003).

Esse movimento esteve em consonância com o deslocamento do conceito de saúde. Considerada anteriormente como ausência de doença, desde os anos de 1980, representada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em Alma-Ata, Cazaquistão, a saúde passa a ser conceituada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Essa mudança provocou uma grande revolução na maneira de se tratar a saúde no mundo. O foco, então, passa a ser na promoção e na prevenção, não mais apenas na cura da doença.

Esse movimento resgata o pensamento médico social do século XIX, confirmando as relações entre saúde e condições de vida (CZERESNIA, 2009). Dessa maneira, os espaços de intervenções em saúde se ampliam para as dinâmicas sociais, comportamentos, gestão do ambiente e situações econômicas, abrindo, assim, um espaço rico de investigação e interlocução com os saberes advindos da Economia, Sociologia, História, Psicologia e Psicanálise, por exemplo.

Deste modo, na última década, vimos crescer, tanto nos planos regional quanto nacional, políticas e debates científicos dirigidos para essa importante etapa da vida. Essas práticas são impulsionadas, em grande parte, por estudos e avanços científicos que mostram a importância dos vínculos afetivos nessa faixa etária. Tais estudos e descobertas em torno dos conceitos de neuroplasticidade e epigenética costumam pontuar possibilidades para refletirmos e pensarmos a relação entre a pessoa e seu ambiente, desde uma perspectiva não apenas de influência, mas de como o ambiente constitui a própria organização estrutural das pessoas.

Não se trata mais, portanto, de afirmar como o meio impacta o desenvolvimento humano, mas como também o constitui (JERUSALINSKY, 2000; GERHARDT, 2016; BRAZELTON e CRAMER, 1991; HALPERN, 2004).

Com a mudança do lugar da criança na sociedade, é modificado também o lugar da família e quais os cuidados que estas devem ter para lhe garantir um futuro sadio. Os cuidados com a criança, embora sempre tenham existido, mudam de configuração na medida em que se dá sob novos paradigmas ao que é considerado importante para o desenvolvimento infantil. Como exemplo, vem a importância do afeto, do brincar, da escolaridade, dentre outros. Alguns desses cuidados já existiam, embora não houvesse até então descobertas científicas que comprovassem seus efeitos, outros, a serem mais bem exemplificados à extensão do texto, foram estimulados e valorizados com suporte nessas pesquisas.

Historicamente, o lugar social do principal agente de cuidados de uma criança é referente ao lugar da mãe. Embora exista um debate mais atual sobre o lugar do pai, a função exercida pela mãe possui uma importância fundamental, seja no imaginário social ou oficialmente em documentos que legitimam essa importância. Frases expressas por ditados populares, como “ser mãe é padecer no paraíso”, denotam muito da representação social dessas mulheres que, em algum momento da sua vida, decidem, ou não, assumir essa complexa tarefa que é gerar, cuidar e educar outro ser humano.

Já em 1979, Costa (1979) inicia sua reflexão sobre as normas médicas e a ordem familiar, com a constatação de que popularmente tem crescido o discurso de que a família vai mal, uma vez que as pessoas estariam regredindo em relação às regras de convivência que faziam com que as famílias tivessem uma estrutura coesa. As mudanças daquela época em relação à independência feminina acarretariam no abandono das crianças, na autonomia dos filhos, no papel do marido, ou seja, se, antes, a família era lugar onde eram recebidos carinho e proteção, com essas mudanças, virava campo de guerra entre sexos e gerações.

Os médicos dessa época, ao relacionarem os baixos níveis de amamentação e o aumento da mortalidade infantil, fazem com que a figura da mãe higiênica nasça nesse contexto. Para a mulher oitocentista, a amamentação passa a ser considerada uma obrigação, pois o ideal materno passa pelo fato de a “mãe fazer tudo pelos seus filhos”. Ante um movimento de emancipação da mulher, a valorização da amamentação e da maternidade faz com que elas voltem a permanecer em casa, domesticadas. Dessa maneira, a mãe higiênica nasce de um duplo movimento: se, por um lado, existia uma emancipação da mulher do poder patriarcal, por outro, passou a existir a colonização da mulher pelo poder médico mediante a

importância dada à amamentação. A mulher que fugia desse ideal, muitas vezes, era considerada mundana ou até mesmo louca (COSTA, 1979).

Do período do nascimento da representação da mãe higiênica aos tempos atuais, muita coisa mudou em relação à figura da mulher, entretanto o seu lugar permanece perpassado por demandas sociais e, também, responsabilidades em relação à família, como apontou Badinter (1980) em sua célebre obra *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, reforçada pelo livro seguinte *O conflito: a mulher e a mãe* (2010).

Em sua retomada histórica, Costa (1979) exprime que, desde a terceira década do século XIX, a família foi considerada incapaz de proteger a vida das crianças. O argumento utilizado se amparava no alto índice de mortalidade infantil e nas condições precárias de saúde dos adultos. As políticas de higienização começaram a impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual. Essa nova educação era fortemente dirigida às crianças, no intuito de revolucionar os costumes familiares com base nas novas gerações.

Sem um auxílio externo, essas famílias estariam supostamente perdidas, abrindo espaço para a entrada de cuidados especializados no âmbito familiar e privado. Neste contexto, se iniciariam propostas que o autor chama de reabilitação familiar, com ajuda de profissionais como pedagogos, psicoterapeutas e assistentes às famílias ditas desequilibradas (COSTA, 1979).

O período descrito mostra como a ciência passa a se interessar pela família e, de certa maneira, a fazer parte dela. O termo **parentalidade** aparece nos últimos tempos, precisamente nos anos de 1960, para dar conta dos debates que surgem em torno da chegada de uma criança ao mundo desde as mudanças nas práticas sociais (TEPERMAN, 2020). Esse termo, entretanto, possui diversas interpretações, algumas bastante equivocadas, mas que tais equívocos são importantes para compreendermos o que está por trás desse importante debate. Dois desses equívocos são apontados por Iaconelli (2020) como mais relevantes. O primeiro associa parentalidade a uma certa maneira de instrumentalização da paternidade e da maternidade, em que um saber absoluto, sem restos, é obtido, replicável e dessubjetivado. O outro equívoco está relacionado à crença de que a parentalidade está reduzida nas relações entre a mãe e o seu bebê (IACONELLI, 2020).

Desse modo, é observado um deslocamento importante em relação às intervenções dirigidas para a infância e essa modificação vem por intermédio, também, da inserção de saberes produzidos cientificamente no ambiente privado familiar. Em razão desses esses novos estudos, vimos crescer o foco em propostas pendidas cada vez mais para o início da vida da criança, e, nesse sentido, incluindo a mãe ou o cuidador principal. Assim,

não é só mais a criança o grande foco das intervenções, porquanto a mãe ou os cuidadores principais passam a fazer parte, ampliando essas propostas para a relação entre eles e a criança. A Psicanálise, a Psicologia do Desenvolvimento e, mais recentemente, a Neuropsicologia também foram coadjuvantes da oficialização dos discursos que sustentaram a importância das relações precoces com o outro materno como fundadores da estruturação do sujeito psíquico. Em outras palavras, o ambiente, as relações intersubjetivas e os cuidados passaram a ser considerados como determinantes na sua constituição.

Essa mudança atravessa estudos que promovem discursos e sustentam distintas intervenções com efeitos diretos e indiretos no âmbito familiar. Tal mudança de foco, embora seja pensada amplamente, sem levar em consideração os aspectos culturais, históricos e sociais, também é influenciada por estes. Embora as demandas feitas às famílias em torno dos cuidados dispensados à criança sejam as mesmas, as condições de operar esses cuidados serão impactadas também pelo contexto social onde aquela família está inserida. Nesse sentido, entender como se dão os cuidados parentais em famílias que atravessam inúmeras dificuldades inerentes à sua condição socioeconômica se torna fundamental para pensar como essas intervenções chegam e quais são seus efeitos.

### **1.1 IPREDE: um pouco de sua história e suas relações com a Psicanálise**

Na esteira dessa nova proposta, o IPREDE se renova e também passa a contar com essas intervenções em sua prática cotidiana. Tendo tais pontos em vista, nesta pesquisa, partimos de reflexões e questionamentos no cotidiano na qualidade de psicóloga na instituição durante sete anos. Inicialmente, desenvolvemos estágio em um setor que tem como objetivo intervir na relação mãe-criança, e, depois, fizemos parte da instalação e consolidação de um setor de detecção e intervenção precoce, com base psicanalítica.

Na sua inauguração em 1986, o IPREDE tinha como objetivo tratar crianças com quadros de desnutrição, num contexto de intensa pobreza. O Ceará, nessa época, sofria intensamente com as estatísticas alarmantes de desnutrição e de mortalidade infantil que lotavam os hospitais estaduais da região. O IPREDE foi pensado, inicialmente, como uma instituição para combater preventivamente esse fenômeno, onde as crianças, uma vez internadas, não voltassem à rotina hospitalar com tanta frequência ou por motivos que pudessem ser resolvidos por meio de cuidados caseiros. Nessa época, os profissionais que estavam à frente dessa empreitada eram, principalmente, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e enfermeiros. O principal objetivo era tirar as crianças do quadro de desnutrição e

garantir a sua sobrevivência. Para isso, além do tratamento na instituição, eram realizadas algumas orientações gerais para os cuidadores principais da criança, na maioria das vezes, mães, realizarem no cotidiano, tais como melhorias na alimentação, higiene etc.

O número de crianças com desnutrição mais severa, todavia, foi diminuindo no Estado do Ceará, e, conseqüentemente, a mortalidade infantil exibiu declínio em suas taxas, denunciando o vínculo entre os fenômenos de desnutrição e de mortalidade infantil (PESMIC). Com o passar de tempo, tivemos alguns programas que contribuíram para a modificação desse quadro: a criação de programas de formação de Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia Saúde da Família, o Fome Zero, Bolsa Família, dentre outros (REGO; PINZANI, 2014). O fato é que o Ceará deixou de ser um dos estados com maiores índices de desnutrição. Com isso em vista, o IPREDE passou a repensar suas intervenções, práticas e missão. A desnutrição não era mais o único ou o principal problema das famílias empobrecidas do Estado.

O IPREDE nasceu dessa alta demanda, e, na medida em que esses índices diminuían, outras dimensões passaram a ser avaliadas, levando a alterações estratégicas possibilitadas por ampliações nas intervenções. Assim, a instituição passa também a incluir o foco na família apoiada em intervenções que visam ao fortalecimento do vínculo entre a mãe e a criança. Ou seja, não é mais só o corpo adoecido que passa a ser objeto de intervenção, mas também as conjunções de problemas familiares.

Uma vez constatado este fato, a instituição passa a pensar uma série de intervenções dirigidas para essas novas demandas que, então, se constituíam junto com a contratação de outros profissionais, para além de Medicina, Nutrição e Serviço Social. Junto a esse movimento, o espaço se abre à atuação da universidade e da proposição de pesquisas, com o objetivo de constante melhoria de suas práticas. Em relação ao quadro profissional inicial, a instituição passa a pensar em intervenções que incluíssem o vínculo entre a família e a criança, além de trabalharem também o próprio desenvolvimento infantil.

Nesse contexto, nasce a Mediação, um setor que utiliza como base teórica o programa More Intelligent and Sensitive Child – MISC/ICDP para o estímulo do vínculo mãe e criança por via do brincar mediado por profissionais de quatro áreas. No caso do IPREDE, a instituição conta com uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional. O objetivo é sensibilizar a mãe, sendo esta a que media a relação da criança com o mundo, para aspectos que são considerados universais com vistas a uma boa interação, propiciando melhor desenvolvimento para a criança (IPREDE, 2010).

Dentro da rotina institucional, as mães são convidadas a trabalhar em grupo com essas quatro profissionais que têm o intuito de promover um ambiente favorável ao fortalecimento do vínculo por meio do brincar. As profissionais são devidamente treinadas para atuar no setor e seguem oito princípios para uma boa interação: demonstrar sentimentos positivos e de amorosidade pelo filho, seguir e corresponder as iniciativas da criança, estabelecer um diálogo pessoal positivo verbal e não verbal, elogiar e confirmar aquilo que a criança faz bem, ajudar a criança a focar sua atenção e compartilhar experiências, dar significado e entusiasmo à experiência da criança, expandir e enriquecer as experiências da criança com explicações, comparações e fantasias, regular e guiar as ações e projetos da criança, definindo limites para o permitido de maneira positiva e opções para as ações da criança (IPREDE, 2010).

Além disso, como expresso anteriormente, o IPREDE passa a olhar com o foco diferente para esse adulto que leva a criança à instituição, em sua maioria mulheres que exercem o papel da maternidade. Esse tema tomou uma importância considerável dentro do escopo da instituição, tanto que, em 2007, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de investigar as condições de vida e saúde de famílias que frequentavam o IPREDE. No primeiro momento é pensado um grupo, com caráter psicoeducativo, nomeado “Grupo Conviver”, mediado por uma psicóloga, onde as mulheres pudessem falar aspectos das histórias de vida delas ou outros assuntos que lhes interessassem e fossem orientadas em alguns pontos. Depois desses setores terem se firmado, foi o momento para a instituição dar um novo passo na proposta de quebrar os ciclos intergeracionais de pobreza, mostrando seu interesse em ultrapassar as barreiras do que era considerado saúde anteriormente, aliando-se à nova concepção, incluindo os aspectos sociais intimamente ligados à área da assistência. Para isso foi pensado o projeto Mãe Colaboradora. Nesse projeto, a mulher que leva a criança à instituição tem a oportunidade de se preparar para a inserção no mercado de trabalho. Elas podem escolher um curso e um campo de estágio dentro da própria instituição. Recebem uma bolsa e algumas orientações para a entrada no mundo do trabalho. Todas as famílias que frequentam a instituição recebem passagens de ônibus para auxiliar na locomoção e um *kit* com itens alimentares de acordo com a disponibilidade de doações recebidas.

Até o início dos anos 2000, o IPREDE passou por várias crises econômicas e precisou se adaptar a cenários de restrições ou diminuição de atividades. O modelo de internação parecia não servir mais às novas propostas da instituição. Em 2007, o IPREDE se tornou campo de extensão da Universidade Federal do Ceará – UFC, a partir da iniciativa do atual presidente da instituição, Professor Sullivan Bastos Mota, quando começou a receber

alunos e professores interessados de áreas diversas do conhecimento, se transformando, portanto, em um lugar além do pensado a princípio de intervenção, mas também de formação de profissionais e pesquisas acadêmicas. Isso ajudou na otimização de recursos para manter a instituição, bem como a conquista de novos patamares de credibilidade.

Em 2007, o IPREDE, sob a coordenação técnico-científica do professor do curso de Medicina da UFC, Dr. Álvaro Madeiro Leite, se alinha às pesquisas sobre primeira infância e inicia um investimento técnico mais efetivo em relação a estudos e pesquisas nessa área. Atualmente, além de manter o programa direcionado para crianças com problemas nutricionais (desnutrição ou obesidade), o IPREDE tem intervenções ligadas para a promoção do vínculo entre a família e a criança, para a emancipação da mulher que leva essa criança à instituição, e setores que se ligam à avaliação do desenvolvimento infantil. Além dessas propostas de intervenção com coordenação técnico-assistencial do psicólogo João Vicente Menescal, a instituição também investe em diversas pesquisas com essa temática. Tais pesquisas partem de variadas abordagens e campos do conhecimento, como a Pediatria, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Psicanálise etc.

E é com apoio nessas pesquisas que o IPREDE vem pensando e atualizando suas propostas interventivas, como, por exemplo, a pesquisa intitulada *CVS – Condições de vida e saúde de crianças e suas famílias assistidas no IPREDE*, realizada em 2008. Um dos argumentos utilizados para realização da pesquisa foi a constatação de que diversos autores apontam para a atenção ao ambiente familiar e fatores relacionados às condições maternas como condições intervenientes da nutrição infantil (IPREDE, 2008).

A pesquisa CVS foi resultado de uma parceria entre o IPREDE e o Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, e teve suporte do Ministério da Saúde e colaboração do grupo de Saúde Mental da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade Makenzie. A pesquisa visou a conhecer as redes de fatores determinantes que condicionam o quadro clínico das crianças atendidas pelo IPREDE e, dessa maneira, pensar novas intervenções a serem implementadas. A pesquisa foi realizada por meio de um estudo quantitativo observacional, com corte transversal. A população de referência foram as crianças assistidas pelo IPREDE durante o período de maio a junho de 2007 contando menos de cinco anos de idade. Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes procedimentos: uma entrevista estruturada com as mães, baseada em três questionários (formulário para avaliação da condição de vida e saúde da criança, Core BrasilSAFE – instrumento para avaliação de violência doméstica e o SRQ-20 – instrumento para avaliação de morbidade psiquiátrica em adultos), exames

antropométricos da mãe a da criança para avaliação nutricional e avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil por intermédio do exame clínico, utilizando o instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde (IPREDE, 2008).

Dois achados importantes da pesquisa foram o alto índice de violência doméstica e pontos relacionadas à saúde mental da mãe. Sabemos que o conceito de violência é amplo e o instrumento utilizado comporta apenas alguns dos aspectos desse conceito. Outro aspecto é a possibilidade de as cuidadoras ocultarem alguns fatores sobre esse assunto, perpassado por diversos tabus. Ele possibilita, entretanto, um panorama geral da dimensão do problema. O SRQ, por sua vez, não é um instrumento diagnóstico específico, mas possibilita a avaliação geral da saúde mental materna. As taxas de mulheres com humor depressivo e com sintomas de depressão chamaram a atenção dos pesquisadores. Importante é ressaltar, também, que esses fatores já estavam subjacentes às práticas do IPREDE, uma vez que já apareciam em relatos e observações. A pesquisa comprova uma hipótese que já tinha sido levantada de alguma maneira pelo cotidiano prático da instituição.

Tal pesquisa teve um grande impacto nas propostas assistenciais da instituição e, desde então, esses fatores são pensados constantemente. O Grupo Conviver e o Projeto das Mães Colaboradoras, embora tenham sido implementados anteriormente à referida pesquisa, atesta a preocupação da instituição com esses assuntos.

Em 2012, a instituição preservou a sigla, mas passou a se chamar Instituto da Primeira Infância, tornando claro que as pretensões desde aquele momento iam além das questões alimentares, mas sim englobar todo o processo de desenvolvimento infantil, levando em consideração o que estava intimamente ligado a isso: a presença das mães.

Mais recentemente, em 2017, a instituição realizou um novo censo, que tinha como objetivo traçar um perfil geral da população atendida no IPREDE e atualizar os dados já coletados em 2007. Além dos instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa de 2007, o censo de 2017 buscou ampliar seus horizontes de pesquisa, incluindo também instrumentos que detectem as Experiências Adversas na Infância – ACEs.

As pesquisas em Psicanálise, entretanto, são introduzidas na instituição um pouco antes da mudança do nome, mostrando que o interesse em abordar assuntos além do desenvolvimento biológico vem de um período anterior. Embora já houvesse psicanalistas trabalhando na instituição antes disso. Dessa maneira, voltaremos alguns anos antes para contar um pouco sobre a história da Psicanálise no IPREDE.

Em 2006, a professora do curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza - UNIFOR e psicanalista, Karla Patrícia Holanda Martins, desenvolveu um projeto de iniciação

científica na instituição intitulado *Infância e privação: a fome e a vontade de viver*. O projeto tinha como objetivo investigar as relações entre os quadros de crianças de zero a três anos diagnosticadas com desnutrição em famílias em situação de pobreza e o exercício da função materna, com sustentáculo em um trabalho clínico realizado no IPREDE. Desse projeto, foram elaborados diversos trabalhos acerca dos aspectos subjetivos da desnutrição e dos impasses alimentares (DIAS, 2009, GOMES; FERNANDES, 2009; GOMES, 2009; MAGALHÃES, 2008; FERNANDES, 2008; DIAS, 2008).

Em 2010, o Laboratório de Estudos e Intervenções Psicanalíticas na Clínica e no Social do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIFOR realizou o I Congresso de Estudos e Intervenções Psicanalíticas na Clínica e no Social: A Experiência da Fome na Clínica e na Cultura, homenageando o médico e humanista pernambucano Josué de Castro (1908-1973). O evento contou com uma participação maciça de profissionais do IPREDE que fizeram parte da organização e da programação, apresentando experiências clínicas institucionais.

A presença de psicanalistas contratadas pela instituição também sustentava o discurso psicanalítico em intervenções, reuniões de equipe, estudos de casos e reuniões técnicas-administrativas.

Em 2009, Ângela Carvalho, então psicóloga e psicanalista da instituição, iniciou uma pesquisa de mestrado, articulando desnutrição, impasses alimentares e a relação entre a mãe e a criança nesse processo, sob orientação da Profa. Dra. Maria Celina Peixoto Lima e coorientação da Profa. Dra. Karla Martins. Em 2011, o psicanalista Alfredo Jerusalinsky participou da banca de defesa de dissertação e, desde então, deu-se início à parceria que culminaria na proposta do setor de detecção e intervenção precoce. Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI tinham acabado de ser validados e abriu-se a possibilidade de sua aplicação na instituição. Em 2012, adentrei a instituição como estagiária de Psicologia do Setor Mediação, mas logo fui deslocada para o novo setor que estava se iniciando.

A parceria realizada para possibilitar a existência do setor contou com a Universidade Federal do Ceará – UFC, com a Universidade de Fortaleza – UNIFOR e com o Centro Lydia Coriat, que passaram, junto à equipe do IPREDE, a elaborar e a criar um serviço de detecção de risco psíquico na criança e de intervenção precoce dirigido ao laço mãe-criança. Essa parceria foi efetivada pela colaboração dos professores Alfredo Jerusalinsky (Lydia Coriat), Álvaro Madeiro Leite (UFC), Karla Patrícia Holanda Martins (UFC), Maria Celina Peixoto Lima (UNIFOR), Leônia Teixeira Cavalcante (UNIFOR) e Octávia Martin

Danziato (UNIFOR), assim como de alunos de graduação e pós-graduação interessados pelo tema. Nesse sentido, o serviço passou a utilizar o instrumento, IRDI, que permite identificar sinais de risco para os processos de constituição psíquica do bebê até a idade de 18 meses. A implementação do serviço de intervenção visa, por sua vez, a constituir um espaço de escuta clínica orientada pelos pressupostos teórico-metodológicos da Psicanálise, dirigido à mãe e à criança.

A utilização de indicadores clínicos nas pesquisas do domínio da saúde já constitui uma prática estabelecida, mas só recentemente seu uso aparece nos trabalhos e pesquisas de orientação psicanalítica. As pesquisas multicêntricas no Brasil e na França que visam à detecção precoce dos transtornos do desenvolvimento infantil (JERUSALINSKY, 2008; LERNER E KUPFER, 2008; CRESPI, 2013) são exemplos desse movimento da Psicanálise em direção às preocupações da saúde pública. Valendo-se da ampla experiência da clínica psicanalítica com crianças portadoras de transtornos graves do desenvolvimento, entre eles o autismo, equipes de profissionais elaboraram protocolos de pesquisas longitudinais orientados para a detecção de indicadores de risco para o desenvolvimento, adaptados para crianças de até dois anos, a fim de permitir intervenções precoces. Um dos objetivos que orientou tanto a pesquisa brasileira quanto a francesa era disponibilizar um instrumento confiável para pediatras e profissionais da saúde e, dessa maneira, possibilitar que, uma vez detectado o risco, o encaminhamento para atendimentos especializados aconteça o mais cedo possível, evitando, assim, o agravamento dos quadros.

O IRDI foi resultado de uma grande pesquisa multicêntrica realizada de 2000 a 2008. Com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, e do Ministério da Saúde, foram criados, com base na ampla experiência psicanalítica da clínica com bebês, 31 indicadores que tinham como objetivo detectar precocemente risco psíquico. O instrumento é para crianças de zero a dezoito meses e foi elaborado inicialmente para profissionais da área da saúde. Esses 31 indicadores foram constituídos por meio de quatro eixos teóricos mais amplos, e é considerado deles sua expressão fenomênica. São esses eixos: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna. Esses eixos partem de uma compreensão teórica da Psicanálise acerca da constituição do sujeito, baseada principalmente nos textos: *Três ensaios para uma teoria da sexualidade* (FREUD, 1905), *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920), *A dissolução do complexo de Édipo* (FREUD, 1924) – e nos seminários 4 e 5 de Jacques Lacan (LACAN, 1995, 1999). (KUPFER *et al*, 2008). Abordaremos o IRDI mais à frente, com detalhes, histórica, teórica e metodologicamente.

A detecção e intervenção psicanalítica precoce trabalham primordialmente com o laço entre a mãe e o bebê, seguindo, portanto, as iniciativas da instituição que colocam a mãe com um outro estatuto nas intervenções, passando de meras acompanhantes e informantes para sujeitos de fundamental importância no tratamento e no cuidado da criança.

O treinamento do IRDI no IPREDE teve início em 2012. No ano anterior, por ocasião da defesa de mestrado da psicóloga Ângela Carvalho, orientada pela professora dra. Celina Peixoto, o psicanalista Alfredo Jerusalinsky conheceu o IPREDE e foi dado o início de uma parceria que tinha como objetivo instalar um setor de detecção e intervenção precoce na instituição. O IPREDE já vinha ampliando seu campo de atuação para intervenções que se voltassem para a promoção global do desenvolvimento infantil e o setor aparece nesse momento. O IPREDE já contava com a Mediação, para a promoção do vínculo mãe-criança, e com o Grupo Conviver, direcionado às mães. A Mediação, no entanto, na época, trabalhava com crianças dos dois anos de idade em diante. Nesse período, havia uma sede do NUTEP – Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce na instituição. A equipe do NUTEP no IPREDE era composta por uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga, que trabalhavam com crianças com diagnósticos de problemas no neurodesenvolvimento motor. O objetivo da intervenção era mais no sentido de reabilitação e não tinha uma proposta para aspectos psíquicos, até então. O NUTEP finalizou suas atividades na instituição um pouco antes da parceria que fundou o setor de detecção e intervenção precoce. Dessa maneira, não existiam ainda intervenções preventivas para crianças pequenas na instituição.

No início desse processo, houve treinamento e capacitação de profissionais do IPREDE<sup>1</sup> (psicólogos, pediatras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e estagiários) e alunos de graduação e pós-graduação interessados pelo tema. Além da instalação do setor, teve início a elaboração de uma pesquisa cujo objetivo era investigar os efeitos da intervenção precoce em crianças com risco psíquico apontados pelo IRDI.

O principal desafio no início da proposta era a falta de experiência na clínica com bebês dos profissionais envolvidos no projeto. Embora a maioria tivesse ampla experiência em atendimentos com crianças, a clínica com bebês se mostrava desafiadora para a maior parte da equipe. Assim, foi elaborado um intenso roteiro de formação desses profissionais com o objetivo de capacitá-los tanto para os atendimentos quanto para a pesquisa e que, no

---

<sup>1</sup> O treinamento inicial do IRDI foi elaborado pelo psicanalista e idealizador do instrumento, Alfredo Jerusalinsky. Participou desse treinamento toda a equipe técnica do IPREDE. A pediatra Angelita Castro contribuiu com aulas sobre desenvolvimento infantil na perspectiva neurológica. O plano de treinamento foi elaborado por Alfredo Jerusalinsky, Álvaro Madeiro e João Vicente.

futuro se tornassem replicadores dessa formação. A formação contava com estudos teóricos, atendimentos e supervisões.

Outro grande desafio encontrado foi o diálogo com os pediatras. A Pediatria no IPREDE funcionava até então em regime ambulatorial, atendendo demandas mais emergentes e cotidianas. No mesmo período em que se deu início ao setor de detecção e intervenção precoce, foi planejado e efetivado o setor de puericultura, sob coordenação do Prof. Dr. Álvaro Madeiro.

Desde então, encontramos um espaço que convergia com nossos objetivos. A puericultura no IPREDE tinha por objetivo acompanhar os dois primeiros anos de vida de crianças que chegavam pequenas à instituição. Em sua maioria, irmãos de outras crianças que já eram acompanhadas. A ideia inicial era treinar os pediatras para que esses aplicassem o IRDI e encaminhassem as crianças para a intervenção precoce que seria implementada por psicólogos, psicanalistas e estagiários em supervisão.

Inicialmente, começamos (estagiários, voluntários e psicólogos da instituição) a aplicar o IRDI dentro das consultas de puericultura<sup>2</sup>. Utilizávamos o IRDI 15<sup>3</sup> e filmávamos para aperfeiçoar o treinamento. Nas primeiras aplicações, usávamos constantemente o “não verificado” nos indicadores. Alguns desafios metodológicos se impuseram nesse processo, tais como verificar objetivamente tudo o que presenciávamos naquele momento. Nas supervisões com o Prof. Alfredo Jerusalinsky comentávamos com frequência que tínhamos visto os indicadores, mas não tínhamos tanta certeza, pois breves demais. Como, por exemplo, a criança trocava olhares com a mãe, mas não de modo muito intenso. Levávamos outras coisas em consideração, também, como o excesso de estímulo e novidade do local do atendimento. As anotações clínicas eram extensas e a objetividade de colocar tudo o que observávamos em apenas uma palavra um grande desafio. A torção do instrumento em indicador de saúde, como lembrado por Pesaro e Kupfer (2016), também provoca uma diferença de visão nos aplicadores. Quando, porém, colocávamos ausentes, tínhamos a sensação de “patologizar” as crianças. Aos finais de atendimento, conversávamos com os pediatras que estavam atendendo a criança.

Com o tempo, como o IPREDE também é uma instituição de ensino e extensão, o setor de puericultura passou a receber vários internos e residentes em Pediatria. O modelo de

---

<sup>2</sup> A equipe de aplicação do IRDI na puericultura era formada por Débora Passos (psicóloga da instituição), Beatriz Sernache (estagiária de Psicologia) e Sophia Maia (bolsista de iniciação científica da UNIFOR). Em seguida entraram na equipe: Gabriela Simão (bolsista de iniciação científica da UFC) e Luana Timbó (psicóloga da instituição). A puericultura funcionava sob supervisão da pediatra Renata Bruno.

<sup>3</sup> Durante o processo de elaboração do IRDI, foram diferenciados indicadores com maior poder preditivo. Esse instrumento contava com 15 indicadores, por isso chamamos aqui de IRDI 15.

formação da Medicina nos causou algum estranhamento, uma vez que era constante um grupo numeroso de estudantes atender apenas uma família. Os estudantes do internato (dois últimos anos do curso de Medicina) passavam um mês na instituição e esse fato acabou criando muitos impasses na aplicação do instrumento, pois não tínhamos tempo disponível para treiná-los e supervisioná-los em um período tão breve.

A ficha de puericultura já era bastante extensa e os alunos mostraram dificuldade em se apropriar de mais um instrumento. Era preciso ainda que o IRDI não fosse visto pelos aplicadores apenas como mais um roteiro a ser seguido, como um *check-list*. Como defendem Kupfer e Pesaro (2016), os indicadores não devem ser interpretados como um uma técnica de verificação do processo de constituição psíquica e sim como orientadores de leitura. Sob essa compreensão, seria necessário mais tempo para sensibilizar e preparar esses profissionais.

Decidimos, com efeito, em reunião de equipe, que, embora as pediatras da instituição mostrassem interesse no instrumento, seria impossível essa aplicação por estudantes que passassem tão pouco tempo ali – embora a possibilidade de que eles conhecessem o instrumento e seus pressupostos teórico-metodológicos parecesse a todos um importante ganho para estabelecer uma visão sobre a criança e sua família, bem como para proceder a uma prática interdisciplinar.

Começamos, então, a fazer a aplicação em uma sala separada da puericultura. O IRDI era aplicado por psicólogos da instituição, psicólogos voluntários interessados, estagiários e alunos de graduação e pós graduação<sup>4</sup>. Decidimos nesse contexto aplicar o IRDI 31<sup>5</sup> e não o 15, como estávamos fazendo anteriormente.

O projeto de extensão da UNIFOR sobre intervenção precoce idealizado pela professora Octávia Danziato também contribuiu substancialmente para a formação de alguns membros da equipe, bem como disponibilizou estagiários voluntários interessados na temática que tinha o setor do IPREDE como campo de atuação prática.

A ideia, nesse período, era que toda criança que chegasse à instituição contando menos de dezoito meses passasse pela aplicação do IRDI. As que apresentassem mais de um

---

<sup>4</sup> Nessa época, foram formadas duas equipes, a de aplicação e a de intervenção para casos em que fossem detectados riscos. A equipe de aplicação era formada por: Beatriz Semache e Luana Timbó (psicólogas da instituição), Sophia Maia (bolsista de IC/ UNIFOR), Gabriela Simão (bolsista de IC/UFC), Stephanie Barbosa (estagiária UNIFOR), Érika Dauer (mestranda UFC), Maíra Guará (psicóloga voluntária) e Ramayana Mello (estagiária UNIFOR). A equipe de intervenção era formada por: João Vicente, Beatriz Semache, Luana Timbó, Sophia Maia, Gabriela Simão, Érika Dauer, Maíra Guará, Elisa Parente e Raquel Barreira. Como pré-requisito para participar da equipe de aplicação, era necessário ter passado pelo treinamento do IRDI. Já como pré-requisito para participar da equipe de intervenção, era preciso, pelo menos, estar cursando a disciplina Estágio em clínicas das universidades. Indiretamente, assim, participavam as professoras Celina Peixoto Lima, Octavia Danziatto e Karla P.H. Martins e Álvaro Madeiro Leite.

<sup>5</sup> Passamos a utilizar os 31 indicadores propostos, incluindo os que tinham menos ou mais valor preditivo.

indicador ausente de mais de uma faixa etária seriam encaminhadas para a intervenção precoce. No início, pretendíamos que o aplicador fosse diferente do profissional que seguiria com o acompanhamento. Ao largo desse processo, tínhamos sessões clínicas e supervisões com o psicanalista Alfredo Jerusalinsky.

Também nesse período foram iniciados os projetos individuais de pesquisa, utilizando a experiência do setor como base. Foram três dissertações (DAUER, 2015; NEVES, 2015; SIMÃO, 2016), dois trabalhos de conclusão de curso (MIRANDA, 2015; SIMÃO, 2013) e três projetos de iniciação científica desenvolvidos através da experiência no setor. Esses trabalhos se desdobraram em artigos publicados posteriormente e que constam em nossa bibliografia.

Além dos projetos individuais, permanecíamos com reuniões gerais para pensar a pesquisa maior, incluindo todos os membros do grupo. A pesquisa geral necessitaria de grande investimento financeiro e de tempo dos participantes e, por esse motivo, não foi realizada efetivamente, embora as reuniões para sua realização também contribuíssem para a nossa formação. Seria um grande esforço e desafio dialogar com as Ciências Médicas como tinha sido feito na elaboração do instrumento IRDI, só que agora voltada para os atendimentos clínicos de intervenção precoce. Como quantificar o que acontecia nos atendimentos clínicos? Sob esse ponto de vista, seriam necessários pelo menos mais seis anos de pesquisa e recurso financeiro para sustentar essa iniciativa.

Em decorrência das dificuldades surgidas no financiamento das instituições não governamentais do terceiro setor, bem como de algumas mudanças do projeto institucional com a prioridade dada a novas perspectivas de pesquisas e intervenção, ao desligamento dos profissionais que colaboravam voluntariamente, entre outros aspectos, com o passar do tempo, ao correr de sete anos, o número de pessoas envolvidas diretamente com o setor foi diminuindo. Em 2018, a instituição contava com uma profissional e alguns estagiários de instituições de ensino superior para a continuidade do serviço.

Algumas questões interessavam a todas as pessoas que estavam envolvidas no projeto. As condições em que estávamos utilizando o IRDI eram diferentes da maneira como foi pensada pelo Grupo Nacional de Pesquisa. O IPREDE está atravessado por distintos aspectos que também se tornaram rapidamente problemas para investigação. Com base nas aplicações do instrumento, algumas questões se tornavam urgentes de serem pesquisadas. A vulnerabilidade social das famílias interferia nos processos de constituição psíquica da criança e nos modos de relação com os seus cuidadores? Se sim, de que jeito? As questões relativas às privações alimentares e o próprio quadro orgânico de desnutrição precisariam ser

considerados na leitura dos indicadores? Como pensar as relações entre estes e as condições de violência e depressão materna já indicadas por pesquisas ali realizadas?

Cabe situar o que estamos considerando como conceito de vulnerabilidade social e, posteriormente, em outro momento do trabalho, nos focaremos no conceito de pobreza. Vamos nos embasar na conceituação de Ayres *et al*, 2003, ao assinalarem que vulnerabilidade social é

O movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção ou adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al*, 2003, p. 121).

Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade social visa a compreender a complexidade do fenômeno e propor intervenções que levem esses elementos em consideração. É na modificação de contextos intersubjetivos que uma ação é possível, visto que, nessa abordagem, o fundamental é tomar consciência de que o sujeito só se constitui em relação com o Outro dentro de um determinado contexto. Ao assumir, desta maneira, o viés intersubjetivo da constituição de identidades, torna-se possível elaborar novas técnicas de estratégia e atuação (AYRES *et al*, 2003).

Bellezani, Malfitano, Valli e Marangoni (2005) contribuem, explicando que o conceito de vulnerabilidade tem como princípio identificar a coparticipação, assim como o conjunto de fatores variados que estejam relacionados na suscetibilidade do processo de adoecimento, sendo abstratos, subjetivos ou estruturais, funcionando diferentemente das estratégias que buscam isolar as variáveis, dentro de uma relação causal bilateral. Essa noção enfatiza as condições estruturais que submetem as pessoas a risco, que vai além do seu comportamento individual. Fatores como classe social, etnia, gênero e nacionalidade são sistemas de classificação social que se organizam muitas vezes em um sistema de desigualdades sociais, que distribuem riscos em saúde também desigualmente. Ayres *at al*. (2003) trazem componentes considerados importantes para analisar a condição de vulnerabilidade social de um sujeito ou de um coletivo. São estes: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas.

O cuidado clínico em saúde no contexto de vulnerabilidade social ou dirigida a populações submetidas a condições de extrema pobreza parece ser um desafio para as

distintas áreas de atuação, que se veem confrontadas nas mais diversas situações, muitas vezes apontando para novas metodologias e para a necessidade de uma reflexão constante dessas práticas (NEVES, 2015). Como a clínica psicanalítica com crianças e seus fundamentos teóricos são capazes de contribuir com esta discussão e com a constituição de uma clínica com vocação ampliada e intersetorial, tal como preconiza o sistema de saúde brasileiro?

A psicanalista Míriam Debieux Rosa (2002) argumenta que refletir acerca das modalidades de subjetivação e sofrimento psíquico em jogo nessas situações, contribui para o esclarecimento dos processos de exclusão social. Para isso é necessária uma escuta clínica que considere a especificidade de situações, em que o psicanalista detecte as sutis malhas de dominação, sem confundir seus efeitos com o que é próprio do sujeito em sua subjetivação. A escuta psicanalítica, para a autora, cria a possibilidade de reflexões sobre os efeitos subjetivos da pobreza extrema, assim como os rebatimentos da exclusão social.

O desamparo e a vulnerabilidade psíquica fazem parte de uma condição estruturante da subjetividade, uma vez que todos experimentam essas sensações nos períodos iniciais da vida. Quando, entretanto, essa condição ultrapassa esses momentos estruturantes, e a intensidade desses sentimentos permanece promovendo o impedimento de sua elaboração, os comportamentos se investem de um efeito destrutivo (GONÇALVES, MONTEIRO e MACEDO, 2010).

Com esteio nas constatações de Rosa (2002), mesmo em situações potencialmente traumáticas ou implicadas em possíveis riscos, observa-se o efeito organizador de uma escuta psicanalítica. Uma vez que esse sujeito alienado do discurso da exclusão social resiste, ele encontra brechas nas estruturas sociais para se manifestar. Isso para a autora, contudo, não é suficiente. Além de uma constatação dos efeitos subjetivos negativos da exclusão, está a ética. Essa ética implica a promoção de mudanças nas estruturas sociais e políticas que sustentam essa situação social.

A Psicanálise foi convocada pelo IPREDE na expectativa de que existiria algo além das intervenções propostas pela instituição que viriam contribuir para a emancipação das famílias em situação de vulnerabilidade, transpondo, portanto, o espaço de orientação e apoio ao que essas mães deviam fazer para cuidar melhor de seus filhos. Para isso, a Psicanálise no IPREDE faz um convite à escuta dessas famílias, não apenas das mães, mas também das crianças, sujeitos em constituição. E é privilegiando esse lugar de escuta clínica que ela concede voz a essas famílias, muitas vezes emudecidas perante o sofrimento pelo qual passam (NEVES, 2015).

Com escora nessas considerações, a Psicanálise entra no IPREDE num lugar de interseção do lugar de escuta dessas famílias com uma ampliação do olhar sobre o que se considera como desenvolvimento infantil com base nessa prática, indo no caminho alternativo aos das normatividades, muitas vezes, contidas nos manuais e nas fichas comumente usadas quando do acompanhamento da saúde da criança.

Nesse sentido, arrimada na experiência clínico-institucional no IPREDE, a pergunta de partida desta pesquisa doutoral foi formulada. **Como a aplicação-uso IRDI, pode contribuir para analisarmos os aspectos subjetivos envolvidos na relação entre a mãe e o bebê perpassados por contextos marcados pela pobreza e pela vulnerabilidade social?**

## 1.2 Método

Bosi e Martinez (2004) consideram que é necessário levar em consideração três pontos principais ao se realizar uma pesquisa qualitativa: a pergunta da pesquisa, a atitude teórica ou epistemológica e o jeito de obtenção de informações para análise. De efeito, as problemáticas expressas por esta pesquisa apontam para a necessidade de um olhar qualitativo sobre o fenômeno da maternidade e relações de cuidado em situações de pobreza, obtido mediante nossa experiência clínica-institucional, que toma como base a teoria psicanalítica. Torna-se relevante, portanto, investigar, desde esse lugar, como a situação de pobreza influencia as relações de cuidado e a experiência da maternidade, e de que modo o instrumento IRDI facilita nesse processo, uma vez que foi por intermédio dele que aportamos aos problemas expressos nesta investigação.

O IRDI foi pensado e elaborado para detectar o sofrimento psíquico da criança e, nesse sentido, possibilitar uma intervenção a tempo. Se tomamos, entretanto, o IRDI como um instrumento que acompanha a constituição psíquica, e essa se dá na relação com o Outro, qual o lugar da função materna nesse instrumento? Seria o IRDI capaz de dar visibilidade também ao sofrimento materno? Embora nem sempre haja uma correspondência entre sofrimento psíquico na criança e sofrimento materno, vimos nos casos acompanhados na intervenção precoce que em muitos momentos essa correspondência existe. Traremos esse ponto por meio de vinhetas de atendimentos clínicos. A nossa hipótese inicial, portanto, se baseia na premissa de que o uso do IRDI possibilita, tanto a visibilidade desse sofrimento, quanto a oportunidade de escuta e elaboração.

Embora o objetivo inicial da construção do IRDI fosse a criação de um conjunto de indicadores diferentes, posteriormente passou a ser pensado a partir do objetivo de fazer do IRDI um instrumento como um todo de forma que pudesse ser usado na prática clínica de pediatras. Para isso, se aproximou da linguagem dos pediatras e gerou potencial para partir de uma modalidade de trabalho que pudesse auxiliar os aplicadores a detectar quando algo não vai bem, independente do seu uso na avaliação diagnóstica. Dessa forma, os indicadores ausentes apontam para uma suspeita a ser verificada posteriormente na leitura da relação entre a mãe e o bebê. O IRDI passou a ser um roteiro de trabalho e produz uma orientação de leitura, auxiliando a ver o que muitas vezes pode ser difícil de acompanhar: o nascimento de um sujeito (KUPFER E BERNARDINO, 2018).

A aplicação IRDI no IPREDE nos deu sustentação para observar importantes elementos da relação entre a mãe e o bebê e mostrou-se sensível às problemáticas contextuais dessa relação. Dessa forma, utilizamos a metodologia IRDI, aplicada ao nosso contexto, o tomando como operador de leitura, como base para a elaboração do presente trabalho.

Como apresentado no início desta tese, temos como objetivo principal compreender, com base numa leitura psicanalítica, os aspectos subjetivos envolvidos nas relações entre a mãe e o bebê dentro de contextos sociais marcados pela pobreza e vulnerabilidade social, relacionando-os com os indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Como objetivos específicos, iremos compreender como o contexto socialmente vulnerável marca subjetivamente as pessoas que vivem atravessadas por eles. Apoiar-nos-emos nas perspectivas freud-ferencianas sobre o trauma e articularemos com os conceitos de pobreza, vulnerabilidade, violência e reconhecimento. Em seguida, estudaremos o IRDI com base na sua história, na metodologia, e de como ele é um orientador de leitura clínica do sofrimento materno e infantil. Por intermédio de vinhetas clínicas, buscaremos entender o que e como a aplicação do instrumento IRDI deu visibilidade sobre os cuidados em contextos socialmente vulneráveis. E, por último, proporemos contribuições da Psicanálise na atenção à clínica voltada para crianças e mães que vivem em situação de pobreza.

Nesse sentido, iniciaremos nosso percurso, descrevendo a seara onde a conjunção de problemas desta investigação está inscrita. No primeiro momento situamos o campo teórico ao qual estamos referidos a partir de uma pesquisa bibliográfica articulada com vinhetas de experiências clínicas. Conceituaremos elementos que atravessaram nossa prática clínica, a saber: pobreza, vulnerabilidade social, violência e trauma.

Depois continuamos mostrando o instrumento IRDI com apoio na sua história, seus antecedentes, seus aspectos teóricos e como, posteriormente, o instrumento foi utilizado

em pesquisas acadêmicas, incluindo uma pesquisa quantitativa feita no IPREDE, em 2016, que objetivou articular os indicadores com os determinantes sociais das famílias. Recorreremos, também, a pesquisas no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – CAPES. Em seguida, articularemos o instrumento IRDI, de maneira teórica, com os conceitos de prevenção e clínica.

No quarto tópico da tese, com base em vinhetas de aplicações, debateremos os atravessamentos mais levantados durante os atendimentos no IPREDE, apontando para as especificidades do contexto marcado pela pobreza e vulnerabilidade social. Assentada em quatro vinhetas de aplicações do IRDI, ilustraremos como representativas as problemáticas que atravessam a experiência de maternidade e como os indicadores conseguem identificar elementos da relação entre mãe e criança e seu respectivo contexto.

Na sequência, traremos contribuições da Psicanálise para o debate dos aspectos subjetivos da relação entre a mãe e o bebê em contextos socialmente vulneráveis. Sendo assim, discutiremos o lugar da clínica e da escuta nesses contextos, propondo, com assento nos fundamentos da Psicanálise, uma intervenção que opere situando a escuta em primeiro plano, principalmente em contextos onde encontramos um silenciamento ou uma despotencialização do lugar de fala. Para isso, refletiremos sobre como, mediante a experiência clínica e teórica embasada no uso do IRDI no IPREDE, podemos pensar em dispositivos clínico-institucionais que contribuam para a construção de espaços de escuta e visibilidade para elaboração dessas experiências, sem perder de vista o caráter crítico e contestatório inerente ao contexto social e histórico no qual sucedem essas relações.

Como expresse anteriormente, o Brasil é um país marcado por uma extensa e intensa história de pobreza, violência e desamparos. A realidade das crianças que crescem no País não é diferente (UNICEF, 2015). Quem cuida dessas crianças, na sua maioria mulheres, atravessa inúmeros desafios já citados e que vão ser aprofundados à extensão do estudo. Nesse sentido, ao pensarmos práticas de cuidado a essas famílias, precisamos estar alerta a esses fatores bem como aos modos já encontrados por essas famílias de enfrentamento e elaboração de experiências adversas, de modo a não promover mais uma violência e apagamento subjetivo de suas histórias.

Nesse contexto, a Psicanálise tem feito uma importante contribuição, desde o IRDI, com o campo da saúde coletiva. No tensionamento entre esses dois discursos que operam de modo fundamentalmente diferente, mas que têm objetivos em comum, buscamos propor reflexões e intervenções que atuem no sentido de fortalecer esse diálogo, por meio do público que nos propomos investigar: mães e bebês.

O presente trabalho compõe uma pesquisa mais ampla nomeada como “Fome e vergonha: vulnerabilidades na história da cultura e na clínica psicanalítica” coordenada pela professora Dra. Karla Patrícia Holanda Martins e tem como objetivo principal promover uma análise da problemática da fome e de seus testemunhos da cultura, com ênfase em seus efeitos subjetivos que podem ser observados no âmbito clínico, considerando os indicadores clínicos de desenvolvimento psíquico (IRDI) e suas relações com aspectos de vulnerabilidades socioeconômicas.

Essa pesquisa, por envolver seres humanos, foi devidamente elaborada, enviada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o CAAE: 29499320.4.0000.5054.

## **2 QUESTÃO SOCIAL E LEGITIMIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: O ASPECTO SOCIAL DO TRAUMA**

Como exposto na apresentação deste trabalho, temos como objetivo investigar maneiras como os contextos marcados pela pobreza e pela vulnerabilidade social sobredeterminam as relações de cuidado e o exercício da maternidade. Nesse momento, portanto, nos centraremos em estabelecer o campo teórico ao qual estamos alinhados. Alguns conceitos se fazem importantes nesse momento, de modo a situar o que estamos chamando de pobreza, vulnerabilidade social, bem como outros elementos que surgem nas escutas de pacientes atendidos no IPREDE e falam do terreno onde estão inseridos.

Antes de entrar mais a fundo nessas questões, consideramos importante definir o que estamos chamando de sobredeterminação. Essa palavra foi utilizada por Freud (1900) ao descrever o trabalho dos sonhos, entretanto é transponível para qualquer formação do inconsciente. Freud (1900) afirma que os sonhos são sobredeterminados, ou seja, em um mesmo sonho manifesto temos uma série de pensamentos latentes que podem ser completamente diferentes. Assim, um sonho nunca poderia ser completamente interpretado. Sobredeterminação remete a uma pluralidade de fatores determinantes. Acreditamos que esse termo é importante de ser utilizado aqui, pois a experiência da pobreza e da vulnerabilidade social marca essas famílias de várias maneiras, não apenas no sentido monetário, como ficará mais claro adiante, mas sobredetermina também diversos aspectos da sua subjetividade.

Com base nisso, pretendemos discutir como a pobreza, por meio da vulnerabilidade social, possui um potencial traumático. Existem determinantes sociais que estruturam um certo tipo de vulnerabilidade social, vivenciado como desamparo, que funciona como um fator desencadeador de traumas. Nesse contexto, a violência também se destaca como um importante elemento nessa problemática.

### **2.1 Pobreza e vulnerabilidade social**

Até o presente momento do nosso trabalho nos reportamos a esses dois conceitos sem diferenciá-los adequadamente, entretanto, embora sejam termos muitas vezes utilizados indiscriminadamente, existem diferenças fundamentais em suas origens e usos.

Na apresentação da tese, detivemo-nos um pouco mais no conceito de vulnerabilidade social que, como vimos, tem origem, lugar e uma função específica no âmbito

da saúde. Como uma evolução do conceito de risco, o conceito de vulnerabilidade social amplia o debate em torno desses aspectos e possibilita novas modalidades de atuação.

Já o conceito do fenômeno da pobreza contém variadas abordagens históricas. Mais recentemente, os autores Amartya Sen (1999) e Deepa Narayan (2000) ganharam destaque nas discussões sobre essa temática. (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

Pobreza é um conceito demasiado complexo, uma vez que divisado sob prismas diferentes. É conceituada como “juízo de valor”, ou seja, por meio de um olhar subjetivo da própria pessoa sobre o que deveria ser um grau suficiente de satisfação de necessidades. É analisado o vocábulo em termos relativos ou absolutos, estudado levando em consideração apenas o lado econômico, ou incluindo os aspectos não econômicos em análise. Pobreza é, também, contextualizada de modo dependente ou não da estrutura sociopolítica da sociedade (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

Como conceito relativo, a percepção de pobreza é uma abordagem que comporta um viés macroeconômico, assim como o conceito de pobreza absoluta. O conceito de pobreza relativa é vinculado à desigualdade na distribuição de renda. Ou seja, é medida segundo o padrão de vida predominante na sociedade que define como pobres pessoas situadas em uma camada inferior relativa à distribuição de renda quando comparada às mais bem posicionadas. É um conceito descrito, também, como uma situação, quando comparado com os outros, em que a pessoa tem menos ou não tem algum atributo desejado, como renda ou condições favoráveis de emprego ou poder. Essa maneira de conceituar pobreza traz alguns problemas relativos a uma incompletude e a uma ambiguidade, ao não diferenciar pobreza e desigualdade social (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

O conceito de pobreza absoluta já inclui uma fixação nos padrões que indicam o nível mínimo ou, pelo menos, suficiente de necessidades, sendo delimitada a porcentagem da população que se encontra abaixo desse nível. O padrão de vida mínimo leva em consideração distintos aspectos, como nutricionais, de moradia ou de vestuário. Comumente é avaliado com base em preços relevantes para custear esses itens básicos. Esse enfoque, todavia, também comporta limitações e uma certa arbitrariedade, uma vez que não se estabelece uma linha acima da qual a pobreza deixaria de existir (CRESPO; GUROVITZ, 2002) .

Considerando essas três modalidades descritas de situar pobreza, foram desenvolvidas mais três concepções no decurso do século XX: sobrevivência, necessidades básicas e privação relativa. O foco relativo a sobrevivência foi dominante entre nos séculos XIX e XX, até meados dos anos de 1950, e tinha como base um estudo de nutricionistas ingleses, ao apontarem que a renda de pessoas mais pobres não era suficiente para a manutenção física da

pessoa. Tal concepção foi adotada em programas de modelo de proteção social e teve grande influência na Europa. Foi fortemente criticada, pois se justificavam baixos níveis de assistência, uma vez que bastava manter essas pessoas no nível de sobrevivência. Já no segundo momento, em 1970, a pobreza passou a ter uma ideia de necessidades básicas, ampliando para novas exigências, tais como acesso a água potável, saneamento básico, saúde, educação e cultura. Essa concepção teve intensiva influência nos órgãos internacionais e conseguiu se deslocar da concepção vinculada apenas à sobrevivência. Nos anos de 1980, a pobreza passou a ser entendida como privação relativa, considerando aspectos mais amplos e mais rigorosos a esse conceito, buscando também uma formulação científica mais adequada e comparação de estudos internacionais, onde era enfatizado o aspecto social. Com isso, sair da linha de pobreza estava relacionado com obter um regime alimentar adequado, algum nível de conforto, bem como o desenvolvimento de papéis e comportamentos socialmente adequados (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

A abordagem da privação relativa evoluiu à proporção do tempo e tem como um dos seus principais formuladores e contribuintes o indiano Amartya Sen. Para esse importante autor, a pobreza não significa apenas privação material, mas impacta a vida da pessoa nos mais diversos fatores. Por conseguinte, a pobreza constitui uma privação das capacidades básicas de uma pessoa, ou seja, não se trata apenas de conter uma renda inferior a um valor pré-estabelecido. Para Sen (1999 *apud* CRESPO E GUROVITZ, 2002), a capacidade é entendida como uma espécie de liberdade ou opções de funcionamento, ou seja, uma liberdade capaz de fazer combinações necessárias e alternativas para optar por estilos de vida diferentes. Já funcionamento é entendido como o que uma pessoa acha valioso fazer ou ter (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

A privação das capacidades elementares, assim, é conducente a diversos acontecimentos, tais como morte prematura, desnutrição, alto índice de adoecimento, analfabetismo, bem como outras situações críticas. Sendo assim, esse conceito inclui o caráter material da pobreza, mas não se limita a ele (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

Segundo Crespo e Gurovitz (2002), as relações entre renda e capacidade são consideravelmente influenciadas por diversos fatores, como idade, papéis sexuais e sociais, localização, condições epidemiológicas, bem como outras variações das quais a pessoa não tem controle ou um controle limitado. O modo como cada família distribui a renda também atrapalha o cálculo da renda *per capita* e, muitas vezes, não contribui para a real situação daquela família. Por conseguinte, esses dois fatores (capacidade e renda) estão ligados entre si, uma vez que uma renda básica é fundamental para um aumento da capacidade, e essa

também aumenta a renda, formando um ciclo. A renda mais elevada, entretanto, não significa necessariamente aumento da capacidade. Sen enfatiza, portanto, a ideia de que os programas e políticas públicas de combate à pobreza não se limitam à análise da renda.

A liberdade, nessa perspectiva, tem um caráter central. Sen descreve alguns tipos de liberdade, tais como liberdades políticas, facilitações econômicas, oportunidades sociais, garantia de transparência e segurança protetora. Importante é ressaltar que essas liberdades se relacionam, potencializando umas às outras (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

Esse conceito ainda foi ampliado por Deepa Narayan (2000). Nessa análise também são incluídas as percepções de pobreza por populações desprovidas em vários países. Tem-se, de tal modo, uma visão multicultural sobre a temática, pois, além de uma perspectiva que perpassa a renda, os gastos com educação e saúde, inclui-se a capacidade de essas pessoas serem ouvidas e obterem poder como agentes de seus destinos (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

Dessa pesquisa, houve vários resultados relevantes apontados por Crespo e Gurovitz (2002), alguns dos quais se aproximam bem mais do nosso estudo, portanto, nos centraremos neles. A pobreza é um fenômeno multidimensional inter-relacionado, onde alguns fatores como idade, gênero e cultura são levados em conta. A pobreza é considerada pela falta de inúmeros recursos que conduzem à privação. Também há aspectos psicológicos na pobreza. As pessoas entrevistadas apontam ter consciência da sua falta de voz, poder e independência, o que as deixa sujeitas à exploração, humilhação e tratamentos desumanos. Relatam, ainda, uma dor gerada pela ruptura das normas sociais e incapacidade de manter suas identidades culturais. Essa incapacidade de poder participar da vida comunitária resulta numa ruptura das relações sociais. A doença também é um fator apontado como relacionado à pobreza, sendo um fator que transporta a família a uma situação de pobreza. A escolarização recebeu opiniões diversas, em alguns momentos valorizadas e em outros irrelevantes. Os pobres, dessa maneira, situam quatro problemas considerados crônicos e sistêmicos que afetam sua liberdade de escolha: corrupção, violência, subsistência insegura e falta de poder (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

A mudança que acompanhamos sobre o conceito de pobreza à proporção do tempo é fundamental para entendermos o que estava em jogo, tanto nas pesquisas sobre o tema quanto nas proposições e alternativas de projetos e programas para sua erradicação. Se o conceito monetário é o único aspecto levado em consideração nas pesquisas, conseqüentemente, as propostas de intervenções e estratégias governamentais serão apenas nesse sentido. Quando ampliamos e tornamos complexo essa visão, precisamos considerar

outros aspectos nessas intervenções. Como, entretanto, apontam Moura Jr *et al.* (2014), a multidimensionalidade da pobreza nem sempre é alcançada nos estudos desenvolvidos sobre ela. A falta de um debate crítico e social sobre as origens e manutenção da pobreza também é apontada pelos autores como meio de legitimar a permanência da desigualdade social. Importante é apontar também que, embora o conceito de pobreza tenha sido ampliado com o tempo, a dimensão psicológica da vida nessas situações ainda fica em segundo plano nessa análise, tornando-se necessário, portanto, o auxílio do campo da Psicologia para uma melhor compreensão desse fenômeno (MOURA JR. *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a Psicanálise também tem importantes elementos de contribuição nesse debate, ao partir de uma visão expressa na escuta clínica de pacientes em situação de pobreza e desigualdades sociais.

A psicanalista Míriam Debieux Rosa (2016) discute esse tema amplamente em seu livro *A clínica psicanalítica em face a dimensão sociopolítica do sofrimento*. Através da sua experiência clínica e de pesquisa em ambientes marcados pelo que a autora chama de desamparo social e discursivo, são procedidas a reflexões importantes sobre o tema. A autora trabalha desde a perspectiva lacaniana sobre o inconsciente que opera como discurso do Outro e de seus desdobramentos. Alguns discursos sociais se disfarçam de discurso do Outro para impedir a polissemia do significante, impondo sua verdade ao sujeito, formando uma destituição subjetiva que causará efeitos, sendo um desses o silenciamento do sujeito, o deslocamento do seu lugar de fala. Nesse sentido, mais do que fazer clínica ampliada ou em extensão, nesses contextos, é importante apontar a explicitação da instância política que há na clínica psicanalítica.

Rosa (2016) analisa as consequências da pobreza extrema e da exclusão social nos sujeitos atravessados pelo modelo econômico neoliberal. Baseada na sua experiência clínica com pessoas em situação de vulnerabilidade social, ela constata a apatia, a solidão, emudecimento, reprodução subjetiva da violência e pobreza afetiva e intelectual como obstáculos às possibilidades de elaboração simbólica que daria formato sintomático ao que é vivenciado como traumático. Todos esses modos apontados pela autora são vistos, também, em famílias que frequentam o IPREDE (DAUER; MARTINS, 2015; MARTINS *et al.*, 2018). As mães também se mostram apáticas, o que algumas vezes é nomeado como depressão quando elas conseguem chegar aos serviços de saúde. A falta de apoio para criarem seus filhos também é vista e relatada, assim como o são o emudecimento e o silenciamento nas situações que as atravessam. Isso se mostra inclusive nos primeiros atendimentos, que, muitas

vezes, são entendidos como falta de demanda de atendimentos clínicos. O olhar de desconfiança que elas nos lançam também nos fala da sua relação com o laço social.

É relevante pensar esses aspectos com base na especificidade do País. O Brasil ainda enfrenta inúmeros obstáculos referentes à pobreza. Programas de erradicação da pobreza se tornaram pauta para os governantes, principalmente desde os anos de 2000. A maioria desses programas, entretanto, é centrada no conceito de pobreza referente a renda; então, assim, os pontos indicados acima não são contemplados pela maioria desses programas, entretanto a garantia de renda dos programas tem efeitos subjetivos nas famílias que contemplam (REGO; PINZANI, 2013).

As famílias do IPREDE são, em sua maioria, beneficiadas pelos diversos programas de enfrentamento da pobreza. Muitas delas são público-alvo do programa de transferência direta de renda Bolsa Família. Apesar de ser um programa que foca no aspecto da renda básica, foi comprovado por pesquisas que essa transferência de renda impactou substantivamente outras áreas das vidas de pessoas beneficiadas. Como exemplo, temos a pesquisa feita por Walquiria Rego e Alessandro Pinzani, que resultou no livro *Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania*, que analisa as relações entre esses fatores. A pesquisa mostrou que o Bolsa Família é considerado uma política de urgência moral, com capacidade de estabelecer condições mínimas para o desenvolvimento de autonomia ética e política, aumentando inclusive as chances de desenvolvimento de cidadãos mais autônomos com uma relação consciente de seus direitos e deveres perante o corpo político. Por meio de entrevistas realizadas com beneficiárias do programa, foi constatado por eles que a autonomia econômica é uma condição para a autonomia “moral” do sujeito (REGO; PINZANI, 2013).

Rêgo e Pinzanni (2013) apresentam, por meio dessas entrevistas, a percepção das pessoas que recebem esse benefício e de que modo compreendem as mudanças. Um dos achados importantes foi a diminuição da violência doméstica. A maior parte dos cartões do Bolsa Família é no nome de mulheres (92%), mães, que, com um mínimo de autonomia financeira necessária, conseguiram sair de situações de violência conjugal constantes.

Outro estudo (BARTHOLLO, 2016) aponta que o programa Bolsa Família amplia o acesso das mulheres ao pré-natal e à autonomia de decisões sobre temas domésticos. Um ponto levantado pela pesquisadora é que o programa tem capacidade de apoiar as mulheres na efetivação dos direitos reprodutivos e flexibilizar a necessidade de sujeição a relações de trabalho muito precárias. Já outros estudos (MARIANO; CARLOTO, 2009) problematizam esse ponto, ao exprimirem que o referido programa reforça lugares sociais marcados por

papéis tradicionais de gênero, que ligam intimamente a maternidade com o lugar da mulher, reproduzindo desigualdades.

Importa ressaltar o fato de que o programa também faz algumas exigências que repercutem em vários aspectos das vidas das pessoas beneficiadas. São os casos da consulta pré-natal, se gestantes, participação em atividades educativas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde sobre amamentação e alimentação saudável, caderneta de saúde da criança com as vacinas atualizadas da criança (0-7 anos), acompanhamento de saúde de mulheres de 14 e 44 anos e uma frequência mínima de 85% a 75% de crianças e adolescentes nas escolas. Isso se torna problemático, entretanto, por se tratar de condicionalidades, e nesse sentido muitas famílias frequentam esses serviços para ter acesso à renda e não porque necessariamente compreendem sua importância, mas que acabam sendo beneficiadas por esses programas.

Esses pontos são perceptíveis com as usuárias do IPREDE, onde a maioria das famílias recebe o Bolsa Família. É perceptível o impacto que a garantia dessa renda promove nas famílias. As principais responsáveis pelas crianças são mães, avós ou cuidadoras, em sua maioria, mulheres. Com a garantia dessa renda, muitas mães têm a possibilidade de optar por não trabalhar fora e de permanecer com os cuidados dos filhos em casa.

Malgrado, entretanto, a ajuda do programa Bolsa Família, as famílias que frequentam o IPREDE atravessam a pobreza em suas múltiplas faces. São situações de fome, violência, cansaço, humilhação e a vulnerabilidade às diversas doenças são testemunhados nos atendimentos. Torna-se impossível analisar, portanto, separadamente, as múltiplas faces da pobreza, uma vez que elas estão associadas a inúmeros fatores que interatuam uns com os outros. Outro fator em comum perceptível, como comentado há pouco, é o gênero. E, como foi visto nas pesquisas comentadas, esse também é um fator que altera substancialmente as forças de enfrentamento de situações de pobreza. São as mulheres que frequentam a instituição - mães, pobres, moradoras de áreas periféricas, com baixa escolaridade e em sua maioria negras. Ou seja, pertencem a mais de uma categoria de diferenciação e subalternidade, sendo impossível, portanto, desconsiderar esses fatores ou analisá-los separadamente como se um não influenciasse ou impactasse o outro.

O conceito de interseccionalidade nos ajuda a compreender um pouco mais sobre esses aspectos. Embora não pretendamos esgotar o assunto ou nele nos aprofundar, no mesmo, é importante trazer alguns elementos para uma compreensão mais geral da situação. Nogueira (2017) aponta que a teoria da interseccionalidade foi uma importante contribuição da teorização feminista e antirracista. A teoria tem como objetivo examinar como as múltiplas categorias (social e culturalmente construídas) interagem em vários níveis até se manifestar

em termos de desigualdade social. Nessa perspectiva, é defendido o ponto de vista de que os modelos clássicos mais tradicionais de compreensão dos inúmeros fenômenos de opressão dentro da sociedade, mais comumente traduzidos nas questões sexo, gênero, raça, classe, religião, nacionalidade, orientação sexual, deficiência, não agem de maneira independente uns dos outros, mas sim são modos de opressão que se relacionam e criam um sistema de opressão que mostra a intersecção das múltiplas modalidades discriminatórias (NOGUEIRA, 2017).

Nesse sentido, retomando também o conceito de vulnerabilidade social trazido na apresentação desta tese doutoral, temos que é praticamente impossível analisar esses elementos separados e de forma individual. Vimos, quando utilizamos o exemplo do programa de transferência de renda Bolsa Família, que o aspecto econômico não é o único a ser considerado quando falamos de pobreza, entretanto, esse impacta outros aspectos nas vidas das pessoas em questão. Havendo a garantia dessa renda, isso tem consequências que marcam subjetivamente cada família, uma vez que estes grupos familiares tomam decisões em cima dessa garantia e exercem um mínimo de liberdade, conforme apontado por Sen (2000) como um dos fatores a serem levados em consideração na análise de situações de pobreza. Assim expresso, temos que a pobreza em suas múltiplas modalidades vulnerabiliza as pessoas que são atravessadas por ela. Essa vulnerabilidade, portanto, precisa ser vista em suas distintas faces, incluindo a maneira como a situação econômica e social, marcada pela ausência de recursos básicos, sinaliza, subjetivamente, esses sujeitos.

Assim, ao nos centrarmos nos aspectos que esses casos explicitam, é fundamental entender, interseccionalmente, como essas múltiplas subalternidades marcam também a maternidade e cuidados com os filhos. As preocupações trazidas por elas em suas falas estão relacionadas a subsistência básica e a desvio da violência que há nas suas comunidades. Ou seja, assim como os outros elementos, a maternidade e o jeito como esta é vivenciada não consegue ser vista separada desse contexto no qual as famílias estão inseridas.

A situação de vulnerabilidade também deixa essas famílias muito próximas à situação de violência, seja essa intra ou extra-familiar. Nesse sentido, a violência e a maneira de sua subjetivação foram outros elementos que escolhemos aludir nesta etapa da investigação.

## **2.2 Violência, trauma e reconhecimento**

Temas relativos à violência são comuns nas famílias do IPREDE de variados modos. As pacientes relatam que cresceram vendo seus pais batendo nas suas mães, cresceram apanhando deles e enfrentando a violência que vem de fora de suas residências. A violência urbana é um elemento que aparece fortemente na escuta dessas mulheres. As problemáticas trazidas pelas facções criminosas impactam essas famílias de várias maneiras. Seja por ameaças veladas ou explícitas, as famílias que moram nessas regiões não podem circular em determinadas áreas da cidade, sair de casa em certos horários, transitar por lugares proibidos por outras facções, convivem constantemente com barulho de tiros, dentre outras situações. A preocupação de que seus filhos se envolvam com o tráfico é constante em suas falas. Algumas mães relatam que “ainda bem que meu filho mais velho está frequentando a igreja”, quanto mais tempo na igreja, menos tempo nas ruas correndo riscos. A igreja aqui funciona, para muitas famílias, como sistema protetivo em relação à exposição à violência, aparecendo em suas falas como um lugar de amparo.

Isso nos remete ao próprio conceito de violência. A violência não há que ser entendida dentro de um olhar único, ela é múltipla e já foi tema de investigação de muitos autores (ENGELS, 1981, FANON, 1975, ARENT, 1990, COSTA, 1984, ZIZEK, 2014 BUTLER, 2015). Com origem latina, violência quer dizer força, e se relaciona com situações de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro. Esse termo, entretanto, vem tomando distintos formatos na sociedade, ou seja, parte de uma característica mutável de acordo com o contexto social e histórico onde as pessoas estão inseridas. As normas sociais e o reconhecimento ou não de atos violentos também tornam complexo esse fenômeno. Nesse sentido, fixar esse conceito numa só noção é reduzi-lo a uma simplicidade que não cabe em tamanho problema. (MINAYO, 2006).

Essa autora (2006) aponta que uma das grandes dificuldades de se conceituar violência é pelo fato de ela ser uma experiência, um fenômeno da ordem do vivido, cheio de manifestações com intenso influxo emocional, tanto de quem recebe como por parte de quem aciona e presencia, ou seja, ela tem uma tripla incidência e é por definição plena de aspectos subjetivos. Outro ponto importante a ser considerado é que os atos de violência sempre passaram, no decurso da história, por um intenso julgamento moral da sociedade. Nesse sentido, a visão popular entende esse fenômeno como crime, corrupção e pecado. Aqui a violência é tida como algo que atinge diretamente a integridade corporal, a violência física, ou como violência econômica, quando algo é tomado ou apropriado agressivamente, ou como violência moral e simbólica, entendida socialmente como dominação cultural, onde o direito

do outro é desrespeitado. Já na visão erudita, como posto pela autora, violência é entendida como negação de direitos do outro e instrumento de poder.

A violência, para a Psicanálise, assim como nas proposições citadas, é uma noção imprecisa do ponto de vista metapsicológico. Nesse sentido, a noção que mais se aproxima desse termo é a de trauma, embora nem todo trauma tenha um caráter violento, necessariamente. Em termos gerais, se classifica como violenta “(...) toda experiência físico-psíquica que pela repetição ou intensidade ultrapassar a capacidade de absorção do aparelho psíquico”. (COSTA, 1984). A violência traumática, portanto, aconteceria toda vez que houvesse uma produção de acúmulo de excitação que desestabiliza a homeostase psíquica por meio da dor ou da angústia ao romper a barreira protetiva do ego. Essa conceituação de violência, entretanto, mostra limites importantes, ao se fixar a uma ideia econômica quantitativa e ligada à noção de impacto físico (COSTA, 1984). Nos deteremos, mais adiante, nessa perspectiva sobre o trauma.

Outro jeito de entender a violência é levando em consideração sua relação com a cultura, no contexto da qual ela somente existe em relação a uma lei. Para a Psicanálise, a lei está relacionada “(...) ao direito que todo sujeito tem de ocupar um lugar irreversível na cadeia das gerações e uma posição em face da diferença entre os sexos, conforme o sistema de regras que ordena seu meio cultural”. (COSTA, 1984). Ou seja, todo sujeito teria direito a uma identidade que fosse compatível com o investimento erótico de sua vida e com o investimento do sistema de regras. Por via dessa identidade, são garantidos, também, o direito à transmissão desse direito às futuras gerações e a obediência às suas leis no presente, sendo essas condições para a sobrevivência do próprio sujeito e do grupo social. Na medida em que esse contrato em suas múltiplas faces é infringido, teríamos a representação causal da violência. Em todas as representações da violência, existe a capacidade de exprimir uma relação com a lei, seu intérprete e o sujeito violentado. A violência, nesse sentido, não é apenas um fato quantitativo de excitação, mas sim a representação que lhe é associada a título de causa, ou seja, é a representação que concede ao afeto o tom da violência. A representação é que dá o correspondente psíquico da violência. (COSTA, 1984). Essa concepção traz um caráter mais social à violência.

A questão da **violência** no IPREDE aparece como um fator atuante, entretanto no terreno do não dito, o que não significa não ser expresso. Os profissionais falam de violência, mas esse significante não aparece na fala daquelas pessoas que a vivenciam. A hipótese que se edifica com base em Costa (1984) é a da própria falta de representação ou do reconhecimento de que as pessoas convivem com esse fenômeno de múltiplas maneiras. A

violência é um significante que vem de fora, o reconhecimento e a nomeação de situações vividas como uma, também. Outra hipótese a suscitar está no fato de na vida delas haver múltiplas formas de violências, que em algum momento ou outro as situações são vividas como provas de amor, provas de cuidado, no qual as mães, em algum momento, acabam submetendo os filhos. Essas questões tornam a intervenção nesses casos muito complexas, uma vez que testemunhamos situações que claramente reconhecemos como violentas, mas as pacientes não. Faria parte da nossa intervenção denunciar essas ocorrências? Quando fazemos isso, estamos lhes impondo a nossa visão de mundo? Teríamos condições de lidar com as consequências disso?

Junto a essas hipóteses, apontamos, também, a existência de um afeto que para quem o vive é inominável. Nesse sentido, a Psicanálise tem muito a contribuir nessas situações. Foi o que vimos como efeitos de nossos atendimentos. Segundo Rosa (2016), a escuta psicanalítica promove um efeito estruturante e organizador no sujeito que vivencia situações adversas. A autora adverte, entretanto, que mais do que constatar o efeito e a promoção da resistência às situações adversas e o encontro de brechas na estrutura social para se manifestar, a posição ética do analista deve ir no sentido da promoção de modificações nas estruturas sociais e políticas que perpetuam esse tipo de situação social.

Assim, como foi visto, uma visão única sobre a violência não dá conta de tamanha complexidade, no entanto é perceptível que essa discussão tem crescido cada vez mais e ganhado novas nuances. A concepção de violência, quando engloba suas diversas conformações, auxilia na produção de debates, combate a invisibilidade de inúmeras problemáticas e possibilita ações de enfrentamento. Temas como racismo, homofobia, feminicídio são pautas importantes no contexto atual. Nesse sentido, o reconhecimento é fundamental para que essas questões tomem o protagonismo necessário, e o lugar para livre circulação da palavra também se faz preciso para o enfrentamento dessa complexa conjunção de problemas. Ou seja, esses assuntos precisam deixar de ser um tabu para serem reconhecidos socialmente.

Nesse sentido, os marcos da criação da Lei Maria da Penha que visa a criminalizar e punir a violência doméstica e a figura jurídica do feminicídio demonstram o reconhecimento e a visibilidade da violência contra a mulher, por exemplo.

Embora essas iniciativas sejam fundamentais para colocar em prática o enfrentamento a esses problemas, a realidade ainda é perpassada por pontos de extrema complexidade. A pesquisa feita no IPREDE em 2008, mencionada na apresentação desse trabalho, mostrou, através do instrumento Core BrasilSAFE, que 10% das mulheres que

frequentam a instituição relataram sofrer violência doméstica de natureza grave (com uso ou ameaça de armas de fogo) e 19% relataram sofrer violência doméstica considerada leve (tapas). Os relatos do Grupo Conviver são de que elas vivem em ambiente violento desde muito pequenas, seja fora ou dentro de casa. Mais da metade das mulheres que frequentavam o grupo no período de 2015- 2018 cresceram vendo seus pais agredirem suas mães. Ainda tem os casos em que a violência não é reconhecida como tal, como dito anteriormente, como casos de cárceres privados, ciúmes intensos, proibições, ameaças, humilhações etc.

No cotidiano institucional, algumas mulheres procuravam ajuda no momento imediato após a agressão ou medo intenso. O Serviço Social e a Psicologia faziam a escuta e orientavam em relação a denúncias e possibilidades de abrigos. Na quinzena seguinte, apareciam cabisbaixas e evitando contato com os profissionais desses serviços. A figura masculina aparece como ameaçadora para a maioria delas. Uma das mães relata que decidiu não morar junto com o pai de seus dois filhos por medo de que ele faça “alguma coisa errada” com suas filhas mais velhas que estão na adolescência. Outra se separou do primeiro marido, pois era agredida por ele. Na separação, o ex-marido deixou de ocupar o lugar de cuidador e provedor, deixando para ela a responsabilidade de criar os dois filhos sozinha. Esse exemplo mostra a complexidade envolvida nas possíveis interrupções de ciclos de violência que, via de regra, têm efeitos sobre toda a família.

Além disso, as estatísticas mostram (*Mapa da Violência*, 2016) que, apesar das iniciativas há pouco citadas, ocorre nas últimas décadas um crescimento no número de agressões físicas e morte de mulheres; principalmente de mulheres negras e pobres, diferença que ainda se mostra por ocasião de estupros coletivos. Esses dados também mostram que esses crimes são envoltos por mais crueldade, e, em sua maioria, acontecem dentro de casa (PONTE, 2019).

Frases populares repassadas por várias gerações, como “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, denotam a falta de compromisso do poder público em relação a isso e a responsabilização por parte da vítima. O imaginário social, em frases como essas, desqualifica o sofrimento dessas mulheres e evidencia como a cultura é fortemente marcada por discursos e práticas de opressão sobre o feminino (PONTE, 2019).

Nesse contexto, Ponte (2019), através da leitura da filósofa contemporânea Judith Butler, considera que, embora as mulheres tenham avançado na conquista de muitos direitos e tenham obtido maior liberdade em suas escolhas de vida, ainda situamos vários discursos e práticas que promovem a naturalização de seus corpos e reproduzem os tabus conservadores

sobre a sua sexualidade. Isso tem como consequência a inibição da sua capacidade de se mostrar desejante e autora na constituição de seu destino.

Isso se dá de maneira qualitativamente diferente nas camadas mais pobres da população, onde essas mulheres permanecem, por um lado, vítimas de violência doméstica e, por outro, de julgamentos dos próprios pares. O direito à sexualidade da mulher pobre ainda não parece totalmente conquistado nem problematizado. Não há espaços disponíveis de escuta onde elas possam expressar pontos de sua sexualidade em pauta, a não ser quando for em relação ao controle da natalidade. Não raramente, escutamos como a relação sexual era um peso na relação, que tinham que fazer porque o marido poderia buscar outra fora ou até mesmo forçar. As doenças sexualmente transmitidas, que provocavam dores nas relações, na maioria das vezes, sequer eram tratadas, seja por vergonha, impedimento do marido ou por falta de assistência nos serviços públicos.

As mulheres pobres, por experimentarem diversas subalternidades, vivenciam essas situações diferentemente, sendo a violência um dos efeitos mais representativos da sua precariedade e desamparo. Se o corpo feminino ainda é um problema para a sociedade, alguns eventos se dão aparentemente mais intensamente nas classes sociais mais pobres, tanto no nível de violência em relação aos seus corpos quanto à invisibilidade no que concerne a sua sexualidade, uma vez que estão mais expostas a situações de violência e têm menos recursos para se protegerem delas quando acontecem. Se a tecnologia, pela criação de métodos contraceptivos, conseguiu colaborar com a separação entre vida sexual e reprodução para a maioria das mulheres, as que vivem em situação de pobreza ainda não têm isso completamente efetivado, se mostrando constantemente presente como uma problemática para as políticas públicas. Quando, porém, o cuidado público se restringe ao controle da natalidade, sem levar em consideração o direito, tanto à sexualidade quanto ao seu desejo de serem mães, esse abismo ainda vai ocorrer, aparecendo como mais um jeito de controle do corpo dessas mulheres.

Esses elementos ficaram perceptíveis durante a facilitação do grupo Conviver. Durante alguns grupos, foram relatados pelas mulheres vários episódios, tabus e mitos populares sobre a sexualidade e a concepção. A maioria delas já havia passado pelos grupos socioeducativos dos postos de saúde e conheciam os métodos contraceptivos, porém relatavam situações bastante inusitadas em relação a eles. Uma das mulheres relatou que recebeu as pílulas anticoncepcionais do posto, mas achou que era uma espécie de vitamina e dava para toda a família. Outra relatou que tomava a pílula apenas antes da relação sexual. Muitas falavam da falta de intimidade em conversar sobre essas coisas com os parceiros que,

em grande parte, não aceitavam usar preservativos. Uma das mulheres relatou, rindo, a maneira como o marido ficou furioso quando descobriu, ainda no hospital, que a esposa tinha feito laqueadura. Algumas relatavam que os maridos as acusavam de querer ter relações com outros homens, outras de que o marido iria ficar impotente. Até sintomas de resfriados eram relacionados ao uso de métodos contraceptivos.

Os relatos mostram que, embora a maioria das mulheres tivesse um básico de informações, suas dúvidas e angústias não eram ouvidas pelos profissionais de postos de saúde. Os maridos sequer frequentavam essas palestras. Tivemos a ideia de convidar uma profissional da Enfermagem para conversar com elas sobre isso. Fizemos alguns grupos direcionados para mulheres de todas as idades. Fomos questionadas, tanto por profissionais da instituição, quanto por várias mães do por que chamaríamos as mulheres mais velhas e que estavam fora do período reprodutivo. Isso mostra como a sexualidade feminina ainda está intimamente ligada à reprodução. Nas dúvidas com a enfermeira, apareceram vários questionamentos surpreendentes e isto nos mostrou que, quando algumas ficavam à vontade, as perguntas iam muito além da dita prevenção e planejamento familiar.

O medo da violência urbana também é outro tipo de violência relatado pelas mulheres que frequentam a instituição. Conduzimos alguns grupos de mães, onde essa temática invadiu e mudou o rumo do que havíamos planejado quanto aos grupos. Essa mudança se deu devido ao fato de a maioria das mulheres morar em regiões dominadas por facções criminosas que, durante aquele período, viviam em constante conflito. O *Atlas da Violência*, de 2019, mostra que alguns Estados reduziram a taxa de letalidade, enquanto nas regiões Norte e Nordeste os percentuais aumentaram. Em 2017, o Ceará foi o Estado que teve a maior alta na quantidade de homicídios, atingindo um recorde histórico. Isso se dá pelo domínio crescente das facções, tanto nas capitais quanto nas cidades menores (*Atlas da Violência*, 2019).

Esse domínio das facções criminosas no Ceará foi sentido qualitativamente nas falas de pacientes do IPREDE. Se a violência doméstica era um problema que já vinha ocupando suas falas desde 2008, os relatos e medos em relação à violência urbana foram crescendo cada vez mais durante os sete anos que passamos lá. Narrativas de saídas forçadas de casa, envolvimento de algum familiar com uso de drogas ou ingresso nas facções, e, principalmente, o medo constante de que algum de seus filhos fosse captado para uma delas, foram se tornando algo cada vez mais constante.

Com efeito, é importante enfatizar a necessidade de refletir sobre a violência em sua complexidade e em suas modalidades para que pensemos como esta invade a vida

cotidiana dessas pessoas e como isso é abordado dentro das instituições que trabalham com essa população.

No tópico a seguir discutiremos sobre a dimensão do trauma a partir da perspectiva psicanalítica enfatizando as contribuições de Freud e Ferenczi, de modo a articular a dimensão psíquica das vivências até aqui relatadas.

### **2.3 O trauma em Freud e Ferenczi**

Com procedência nas matérias examinadas até aqui, vemos, neste passo, as noções de trauma em Freud e Ferenczi, evocadas pela experiência de campo. O trauma em Freud aparece em vários momentos e sob diversificados aspectos em toda a sua produção científica. Nos primeiros escritos sobre o tema, Freud (1893) descreve a neurose traumática como advinda do afeto de um susto. Dentre as suas primeiras teorias sobre a etiologia da neurose, Freud (1892 - 1894) aponta que os sintomas neuróticos estão relacionados a acontecimentos vividos no passado que foram e que retornam como um sintoma histérico. Esses acontecimentos foram cenas, ocorrentes em momentos específicos e se tornaram traumáticas. Nesse momento, o psiquismo contém um excesso que o aparelho psíquico não dá conta de assimilar, o sistema nervoso, então, foi incapaz de dissipar tal energia. Nas situações traumáticas, o sujeito não consegue responder no campo simbólico ou dar um destino subjetivo aos afetos mobilizados por um acontecimento específico.

Para Freud (1895), com suporte em sua experiência clínica com pacientes histéricas, o trauma, durante esse período de sua teoria, tinha natureza sexual. A cena traumática comumente era uma criança, que havia sido seduzida por um adulto, normalmente de sua confiança, que dela abusara. Isso está na origem de todos os sintomas histéricos. Esse acontecimento, entretanto, não era lembrado pelas pacientes, pois fora recalcado por via de um mecanismo de defesa do próprio psiquismo. Algum tempo depois, o autor complementa sua teoria inicial, ao afirmar que o trauma acontecia em dois tempos. O primeiro, o do acontecimento em si, a cena traumática do abuso, que normalmente ocorre na infância, mas que a criança não identifica como abuso. O segundo momento, quando essa criança chegar à puberdade, e, desde o desenvolvimento da própria sexualidade, ela significa o primeiro momento e a entende como de ordem sexual. Nesse sentido, só posteriormente, a primeira cena, com base numa significação, adquire caráter traumático.

Em 1897, entretanto, Freud (1987) fez outra modificação nessa teoria, quando constatou, que na verdade, a cena da sedução resultou de uma fantasia incestuosa por parte da

criança e que não aconteceu factualmente. Essa teoria também é fortalecida com a constatação de que há uma sexualidade desde os períodos mais iniciais da infância. A partir desse momento, o autor enfatiza mais a fantasia inconsciente do que os acontecimentos de cenas primitivas que tanto perseguia até então, dando maior destaque à realidade psíquica. Os dois tempos do trauma, todavia, permanecem. Apesar de a cena primitiva não ser mais o foco aqui, havia um conjunto de experiências e acontecimentos que, por não conseguirem se ligar a uma significação no período de ocorrência, só podem ser significadas posteriormente, na medida em que ganham sentidos.

Em 1917, com base na teoria das séries complementares, Freud (1917) incluiu o trauma entre uma série de fatores, dentre outros, que estão na etiologia da neurose. Aqui há um fator interno libidinal e um fator externo que ocasionam a neurose.

O problema do trauma retorna para a teoria freudiana com maior força desde a experiência da Primeira Grande Guerra Mundial. Freud (1916) acentua que os sintomas das neuroses traumáticas têm relação com uma espécie de fixação ao momento do evento traumático. Nessa proposição também temos a ideia de um excesso de energia do qual o aparelho psíquico não dá conta, se convertendo em sintomas e sonhos que reeditam o evento traumático. Esse retorno recorrente configura uma tentativa do psiquismo de elaborar o acontecimento traumático.

Em 1920, em seu texto *Além do princípio do prazer*, Freud (1920) associa o traumatismo ao excesso de excitação ocasionado pelo próprio psiquismo por meio das exigências da pulsão de morte e da compulsão à repetição. Utilizando como representação a imagem de uma vesícula viva, na qual havia uma cápsula protetora da excitação, Freud (1920) afirma que, quando essa capsula enfrenta uma grande efração, ou o trauma, ela se desestabiliza. O aparelho psíquico, quando isso acontece, vai tentar ligar esse excesso de excitações de maneira que permita a descarga, no sentido de reestabelecer o equilíbrio do aparelho.

A noção freudiana do trauma, entretanto, apesar de durante muito tempo se associar a uma condição patológica, em determinados momentos, se aproxima também de uma noção constitutiva. Ainda no projeto para uma psicologia científica, Freud (1895) disserta sobre o desamparo do nascimento. O bebê humano, incapaz de sobreviver por conta própria, depende de um outro ser que preste auxílio externo. O reconhecimento desse desamparo é, por si, traumático. Nessa perspectiva, o trauma não é algo exclusivo ou relacionado a acontecimentos acidentais, mas sim constitutivo do sujeito.

Coube a Ferenczi (1924) explicitar as diferenças entre os traumas constitutivos e os traumas que provocam uma espécie de cisão psíquica, com nefastas consequências para a estruturação da experiência subjetiva. Em sua teoria acerca do traumático, sublinhou o desmentido e suas relações com os obstáculos para elaboração dos acontecimentos excessivamente dolorosos, marcados pela confusão e da dissimetria das posições entre aquele que sofre o agravo e o outro que produz. Os autores mais contemporâneos estão se dedicando a estabelecer uma dimensão social e política do pensamento deste psicanalista húngaro, o reconhecimento social do sofrimento torna-se um elemento fundamental para os destinos da experiência de dor. Portanto, usaremos essa teorização para entender o trauma articulado ao campo social e sua dimensão intersubjetiva.

Sándor Ferenczi (1932) retoma o tema do trauma a partir de 1927-1928 com o declínio da técnica ativa, por ocasião de uma discussão sobre a importância das condições para a afirmação do desprazer e o acolhimento da criança na família que experimenta ou não o amor primário e a hospitalidade. O conjunto de textos sobre a ideia de uma traumatogênese culmina no artigo, escrito em 1932, chamado *Confusão de língua entre os adultos e crianças*. Nesse texto, o autor assinala que, comumente, as seduções incestuosas acontecem em brincadeiras entre adultos e crianças. Durante essa brincadeira, o jogo pode vir a assumir um formato erótico, mas se conserva, na perspectiva da criança, sempre no nível da ternura. Os adultos que tiverem incidências psicopatológicas, entretanto, ou com autodomínio comprometido ou até mesmo sob influência de substâncias tóxicas, são passíveis de confundir as brincadeiras infantis com desejos de alguém com maturidade sexual, chegando a cometer atos sexuais. Da perspectiva infantil, a criança fica sem defesas, tanto física quanto moralmente. A personalidade infantil, ainda frágil, não consegue protestar contra a autoridade adulta. Esse acontecimento, então, obriga as crianças a se submeterem à vontade do agressor, identificando-se com ele. Nesse sentido, a criança introjeta, também, o sentimento de culpa do adulto e o jogo agora passa a ser tomado como um ato merecedor de punição. Ao se recuperar da cena de agressão, a criança se sente num estado de confusão, dividida, culpada e inocente. A confiabilidade na própria percepção fica comprometida.

Para Ferenczi, o trauma patogênico acontece em dois tempos: o primeiro tempo é o do choque, no qual não há qualquer tipo de preparação, agindo de modo esmagador no sujeito. Após o choque, segundo o autor, a criança pode ser socorrida. Ela se encontra confusa, sem conseguir falar o que aconteceu. Em seguida, ela busca um adulto, alguém a quem ela devota confiança para buscar, junto a essa pessoa, algum sentido para o acontecimento vivido, ou, pelo menos, um testemunho. Nesse momento, é ocorrente o

segundo tempo do trauma, denominado como o desmentido, após possíveis reações por parte dos adultos, o castigo físico, incompreensão, ou até mesmo o silêncio. A atitude dos pais corresponde ao sentido de que nada aconteceu e por isso desautoriza a versão da criança. É o desmentido que tornará, portanto, o trauma algo patogênico. (OSMO; KUPERMANN, 2012).

É importante ressaltar, entretanto, que tal confusão de línguas é algo inevitável não só na relação com a criança pequena, mas também ao longo da vida do sujeito. Existe, pois, uma diferença entre o trauma patogênico e a confusão de línguas propriamente dita. Para entender melhor, Osmo e Kupermann (2012) reportam-se ao desmentido. Os autores citam Sabourin (1988 *apud* OSMO; KUPERMANN, 2012), quando ressalta que, caso a reação do adulto ante o relato da criança seja o desmentido, são dois desmentidos que acontecem juntos, de um lado o desmentido pelo adulto da história do que de fato aconteceu e de outro o desmentido da autonomia do pensamento da criança.

A criança, até determinada idade, tem um alto grau de confiança no adulto. Tal confiança, quando o adulto não responde do modo esperado pela criança, é abalada. Nessa situação, a criança fica confusa e se questiona se é ela própria ou o adulto que não seriam mais merecedores de sua confiança. A criança, com efeito, só pode ter uma palavra própria na medida em que esta é intermediada pela sua relação com o adulto. A criança toma as palavras do adulto por empréstimo e dirige a ele sua palavra com o objetivo de obter uma confirmação. É nesse procedimento que a criança vai adquirindo a própria palavra. Quando o desmentido acontece, é produzida uma incompatibilidade simbólica, uma vez que ele assume o tom de uma verdade absoluta, fazendo com que a fala da criança se torne uma mentira absoluta. (PINHEIRO 1995 *apud* OSMO; KUPERMANN, 2012; MARTINS; KUPERMANN, 2017).

Na negação da autonomia do pensamento da criança e criação de sua palavra, é imposta a ela uma língua com caráter universal, único. Com base nesses argumentos, Osmo e Kupermann (2012) propõem que o que diferencia a confusão de línguas e o trauma patogênico é o desmentido. Os autores afirmam que, na situação analítica, se evita a reprodução do desmentido, com a criação de um espaço onde a língua do analisando não é desautorizada por outra que quer se colocar como detentora da verdade absoluta.

Por meio das considerações tecidas por Osmo e Kupmerman (2012) na leitura de Ferenczi e fala de algumas mulheres, percebemos como o reconhecimento, a autorização ou a desautorização e a denegação podem ocorrer no plano individual, familiar. Como, porém, contribuir, a partir dessas constatações, com uma leitura do reconhecimento social do sofrimento?

Retomando Martins e Kupermann (2017), consideramos que, em certas condições, em que os gestos dos sujeitos são tomados pelo silêncio e pela indiferença, impõem-se o isolamento e a vulnerabilidade, fazendo com que os sentidos, como os da fome e da vulnerabilidade, sejam confluídos. Nesse sentido, se torna importante refletir sobre o lugar do reconhecimento social do trauma, bem como acerca de suas incidências na clínica.

## **2.4 Trauma e reconhecimento**

Com nossa experiência como psicóloga do IPREDE ao correr do tempo, notamos que eram poucos os usuários que procuravam o Serviço de Psicologia por livre e espontânea vontade. Buscavam dicas ou conselhos de como fazer para que seus filhos se comportassem, quando elas haviam passado muito recentemente por situações complexas. Então, apareciam na instituição chorosas ou desorientadas em busca de uma escuta pontual, um desabafo. As mães que eram chamadas para aplicação do IRDI muitas vezes se aproveitavam desse espaço para isso.

Realizando o trabalho no IPREDE, passamos a pensar que o lugar do Setor de Psicologia em instituições que trabalham com pessoas em situação de pobreza, em grande parte das vezes, constitui um desafio para as instituições, os profissionais da Psicologia e usuários desses serviços. Sempre encaramos o excesso de demanda e ao mesmo tempo a necessidade quase constante de reafirmar o nosso lugar dentro das instituições. Alguns profissionais, por um lado, nos demandam serviços “ortopédicos” para acalmar ou docilizar algum usuário que não cumpre com suas tarefas ou é considerado problemático. De outro, pessoas que estão em busca, muitas vezes, de alguém que as ajude a resolver problemas de ordem prática e objetiva e que, quando percebem que isso não vai acontecer naquele acompanhamento, interrompem o tratamento. Entre um extremo e outro, temos algumas variações, mas apontamos essas aqui pelas repetições.

No Setor de Intervenção e Detecção Precoce, também, temos eventos que valem a pena destacar. Embora o objetivo do setor fosse detectar risco psíquico de crianças e realizar intervenções precoces em casos identificados, em atendimentos conjuntos com as mães e seus bebês, outras procuras, além disso, apareciam como problemáticas para serem trabalhadas. Muitos desafios nos foram expressos no curso desse tempo, como já mencionado. Um deles é que essas famílias não iam para esse setor por uma demanda própria e específica. O sofrimento nem sempre cria demanda, como comumente é pensado. Faziam, junto com outros

atendimentos (Nutrição, Serviço Social, Medicina), parte da triagem, por onde todas as crianças que entravam na instituição na faixa etária de zero a dezoito meses iriam passar.

A intervenção precoce de base psicanalítica, como acontece no IPREDE, visa à intervenção no laço mãe/bebê, quando algo não vai bem na constituição psíquica do bebê. Nesse contexto, muitas vezes aparecem questões da própria constituição psíquica da mãe, bem como são revividas algumas experiências passadas que podem ser trabalhadas ali. Quando as da mãe se sobrepõem às do bebê, ou este acaba se soltando de algumas questões maternas, é oferecido um outro espaço para que a mãe possa elaborar alguns de seus problemas. No início precisávamos fazer algum esforço para explicar à mãe o motivo daquele acompanhamento. A maioria delas compreendia, de certo modo, e aceitavam o tratamento. Outras rejeitavam de imediato e ainda havia as que aceitavam, mas que, com o tempo, iam parando de ir aos atendimentos ou dando prioridade a outros serviços da instituição. No período de acompanhamento dessas famílias, as mães acabavam deixando um pouco os filhos de lado e encontrando naquele espaço um lugar de escuta, onde podiam endereçar algumas demandas, além das questões da criança em acompanhamento (DAUER, 2015; NEVES, 2015; SIMÃO, 2016).

A equipe de intervenção precoce quase toda levava os seguintes questionamentos para as supervisões clínicas: “O que fazer quando a fala da mãe se sobrepõe às questões que mobilizaram o encaminhamento? O que fazer com mulheres que apresentam demandas claras específicas individuais dentro de um contexto de atendimento de intervenção precoce?”.

Com suporte nessa conjunção de problemas, formulamos algumas hipóteses a serem desenvolvidas nesta etapa da tese. A primeira delas é que constatamos alguma invisibilidade relativa ao sofrimento dessas mulheres além das condições materiais de pobreza nas quais viviam. Os sofrimentos reconhecidos socialmente são, em geral, aqueles sofrimentos relativos à condição de pobreza, carências materiais, situações de violência, em que a escuta é feita muito pontualmente, ou situações em que há um diagnóstico psiquiátrico envolvido. Aqui vale lembrar do caso de uma mãe constantemente encaminhada para o Setor de Psicologia porque “não parecia ser normal”. Com gestações consecutivas, constante desobediência quanto às orientações, ela não trazia nada disso como problema. As preocupações dela eram relacionadas aos comportamentos dos filhos, o medo de eles “não serem normais como ela [*sic*]”, a subsistência, como a maioria das mães ali.

Comumente são histórias que demonstram uma grande comoção social e institucional onde há um reconhecimento ali de que algo muito grave aconteceu e que há (ou deve haver) grandes sofrimentos ali envolvidos, que têm atenção de serviços especializados.

O trabalho de elaboração subjetiva, todavia, não se encerra com o reconhecimento do outro, mas é um começo. Assim, algumas dessas mulheres procuravam uma ajuda pontual e não vinculavam ou não davam continuidade ao tratamento, seja por não reconhecerem naquele espaço um lugar para “resolver seus problemas”, seja por falta de estrutura das próprias instituições de saúde de possibilitarem intervenções a longo prazo com uma só pessoa.

Moretto (2019) aborda a diferenciação entre acontecimentos e experiências, que se faz importante para compreendermos melhor o assunto. A autora propõe que entendamos acontecimento como aquilo que se refere ao fato propriamente dito. E a experiência é a dimensão subjetiva desse fato. Deste modo, a direção do tratamento psicanalítico é de fazer o acontecimento virar uma experiência.

Experiência não é um termo no qual Freud aponta para uma conceituação psicanalítica, embora apareça em vários momentos de sua obra. O autor parece não diferenciar vivência (*Erlebnis*) de experiência (*Erfahrung*), entretanto, se conclui com seus escritos que há usos diferentes, mesmo que sutis, desses termos. A experiência é relacional, está atrelada a inscrição do Outro no psiquismo. A experiência tem a dimensão de um saber e é passível de transmissão. Já o termo vivência seria atrelado a algo mediado ou construído, ou seja, a vivência em si (PINTO, 2016).

Percebemos, nesse contexto, que o que, quando dá, alguma visibilidade a essas mulheres, são os acontecimentos. É por meio dos acontecimentos que elas procuram ajuda (ou são encaminhadas a procurar) e explicitam suas queixas, entretanto, sem continuidade da escuta, sua fala não formula, a partir do acontecimento, uma experiência.

O que muitas vezes dá legitimidade ao seu sofrimento é mais a experiência do outro acerca do acontecimento do que propriamente a forma como a situação se deu para ela. O que nos interessa aqui, portanto, é a maneira como cada um vai lidar com esse acontecimento, este não apenas relacionado a condições e natureza do próprio acontecimento, mas analisando as condições subjetivas que cada um vai encontrar para lidar com os acontecimentos. O que dá, então, o caráter traumático não é o acontecimento em si, mas como ele é incluído ou excluído no/do seu campo de relações (MORETTO, 2017). Importante é salientar que esse processo de transformação é um trabalho do próprio sujeito, deste modo, é fundamental que as condições para isso sejam facilitadas, ou minimamente desobstruídas.

Necessitaria o sofrimento de um reconhecimento social para se tornar uma demanda específica? O processo de invisibilização influencia o jeito como encaramos e vivenciamos determinados tipos de sofrimento? Seria o sofrimento sentido, vivenciado como

algo datado, dependente do tempo histórico e do contexto social no qual se situa? Como articular acontecimento e experiência nesse contexto?

Figueiredo (2007) considera que, ante a falta de sentido da vida humana, as pessoas buscam “fazer sentido” por meio de experiências de integração. Assim, os modos de cuidado são essenciais para que se crie um lugar humano para existir. Os agentes de cuidado, com sua presença implicada, são reconhecidos pelo seu fazer. Só existimos, portanto, se alguma continuidade estiver sendo oferecida e experimentada. Ao longo da vida, essa continuidade necessita ser construída e reconstruída e o papel do agente de cuidado é dar sustentação a isso. É o outro que dá essa continência e pode ofertar condições para transformações. O cuidar, para o autor, é ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, testemunhando isso (FIGUEIREDO, 2007). O tratamento, sendo assim, estaria dentro de uma das formas do cuidar, onde há possibilidade de reconhecimento e experiência de continuidade dentro de um determinado contexto.

O tratamento psicanalítico é um processo individual e único para cada sujeito. Nesse sentido, o espaço dado por via tanto da aplicação do IRDI, quanto da intervenção precoce, com a interveniência da Psicanálise, possibilita esse reconhecimento e a possibilidade de transformação do sofrimento. As questões relatadas ali, entretanto, não se limitam ao individual de cada caso. Essas mães e crianças estão sob um contexto histórico e social mais amplo, onde esses sofrimentos têm mais ou menos visibilidade.

O reconhecimento social foi uma questão amplamente discutida por Axel Honneth (2003), quando o autor apresenta o surgimento do direito moderno e o aparecimento de uma outra modalidade de reconhecimento, diferente das sociedades tradicionais, onde um sujeito só conseguia ter reconhecimento jurídico quando ocupava uma posição ativa na sociedade. Para o autor, o sistema jurídico deveria combater privilégios e exceções às pessoas de acordo com seu *status*. A luta pelo reconhecimento, portanto, deveria ser vista como uma pressão onde, permanentemente, novas condições para a participação pública da vontade poderiam vir à tona (SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008).

Aproximando-nos do tema de estudo, é importante ressaltar aqui que estamos nos referindo à experiência de sofrimento e não do diagnóstico propriamente dito, ou seja, não estamos nos referindo a uma matriz de sentido onde a noção de normal e patológico estariam inseridas, mas sim a experiência de sofrimento e seu espaço de endereçamento ou o seu lugar social. Teriam algumas experiências de sofrimento maior legitimação social do que outras? A condição social de pobreza compõe essa perspectiva?

Butler (2015) afirma que o modo como nomeamos e discernimos o “ser” do sujeito dependem fundamentalmente das normas que facilitam esse reconhecimento. De modo tal que há sujeitos que não são reconhecidos como sujeitos, assim como há vidas que não são reconhecidas como vidas. Os esquemas normativos que dissertam sobre isso não são deterministas, mas vários que são interrompidos uns pelos outros, aparecendo e desaparecendo a depender de operações amplas de poder. Existem, portanto, condições de reconhecimento historicamente articuladas. Essa condição não é uma potencialidade individual do humano. Existem normas que operam de modo a tornar algumas pessoas reconhecíveis e outras mais difíceis de reconhecer. O reconhecimento, portanto, é um ato onde há, pelo menos duas pessoas envolvidas em uma ação recíproca. Além disso, são necessárias mais duas condições: a apreensão ou um modo de conhecer que ainda não é o reconhecimento e a inteligibilidade, considerada como um esquema histórico que determina domínios do cognoscível. Isso faz com que o campo do reconhecimento seja dinâmico e histórico. Ou seja, nem todos os atos de conhecer correspondem necessariamente a atos de reconhecimento; entretanto para que um reconhecimento ocorra, é necessária a inteligibilidade de algo. Nesse sentido, os esquemas de inteligibilidades conduzem a normas que consequentemente preparam o caminho para o reconhecimento (BUTLER, 2015).

Para que uma vida seja considerada precária, pois, é necessário que antes ela seja reconhecida como uma vida. A precariedade, por sua vez, segundo a autora, não pode ser reconhecida. Entende-se precariedade como algo inerente à vida social, uma vez que a vida em sociedade está sempre atrelada à dependência de um outro. Estamos sempre expostos ao outro, seja ele alguém conhecido ou não. A precariedade enfatiza a substitutibilidade e o anonimato da vida, e, assim, é algo inerente a ela. Ao saber que um ser vivo pode morrer, será necessário manter práticas de cuidado com ele. A vida, com efeito, é passível de luto, sendo uma condição tanto do seu surgimento como da sua manutenção. Sem condição de enlutamento, portanto, não há vida, não há consideração e tampouco testemunho (BUTLER, 2015).

Se a precariedade é inerente ao reconhecimento da vida, é necessário que sejam dadas condições de vidas, no sentido de garantir compromissos, de modo a oferecer suportes que minimizariam a precariedade da maneira mais igualitária possível. A precariedade, nesse sentido, fundamenta as obrigações sociais positivas, ou seja, a garantia de alimentação, abrigo, trabalho, cuidados médicos, educação, direito de ir e vir, de se expressar juntos com a proteção contra maus tratos e situações de opressão. Trata-se, portanto, de uma divisão da precariedade a partir de uma questão material e perceptual, em que algumas vidas são

consideradas potencialmente lamentáveis, ao passo que outras são obrigadas a suportar muitas adversidades, tais como fome, subemprego e privação de direitos legais, assim como exposição a violência e morte (BUTLER, 2015).

No contexto histórico e social, podemos localizar algumas situações de sofrimento que foram silenciadas ou toleradas pela cultura e pelo meio social. A fome, assim como a negação da experiência do racismo (MARTINS e KUPERMANN, 2017) são exemplos claros disso. Ignorada, seja pela problemática da vergonha, seja pelas dificuldades inseridas, a fome com seu caráter subjetivo foi encapsulada pelos segredos históricos, sem, portanto, deixar de produzir efeitos e de modular os sofrimentos atuais. Aqui existem duas dimensões a serem consideradas: a retificação sobre o que não é possível de se narrar em experiências-limite, ou o irrepresentável e as possibilidades de escuta, para que se torne audível (MARTINS e KUPERMANN, 2017).

Desde essa perspectiva, é relevante ressaltar com Aragão, Calligaris, Costa e Souza (1991) que não existe uma psicanálise socialmente aplicada diferente de uma psicanálise individual, uma vez que o sintoma é sempre social. O individual, nesse contexto, é sempre efeito de uma rede discursiva, essa mesma do coletivo. A partir dessa noção, temos que a diferença que se faz presente aqui não é exatamente o sofrimento ou os sintomas, mas sim seu reconhecimento social e sua rede de endereçamento.

As mulheres estudadas neste trabalho passam por mais de uma categoria de invisibilidade, não podendo ser compreendidas considerando uma ou duas categorias de diferenciação (PISCITELLI, 2008), uma vez que são mulheres, mães, pobres, faveladas, dentre outras, dependendo do caso. É relevante considerar que as pautas em torno da maternidade de mães que já consideram sua sobrevivência garantida são imensamente diferentes das pautas de mães que vivem assombradas pelo medo constante da fome e da violência urbana. Os relatos de *blogs* sobre maternidade são recheados de preocupações e curiosidades sobre criação com apego, métodos de educação, métodos de como fazer com que seus filhos se alimentem melhor, enquanto a escuta de mulheres em situação de vulnerabilidade é permeada de preocupações em torno da fome e em como impedir que seus filhos entrem em facções criminosas, por exemplo.

O antropólogo Luiz Tarlei de Aragão (1991) elenca três dimensões constitutivas de um simbólico culturalmente construído que estão intimamente ligadas à categoria “mãe”, sendo esses: pureza, renúncia e doação. As mulheres, portanto, estariam divididas em dois grupos: de um lado, as mães, permeadas por figuras de recato, abstinência e renúncia, e, de outro, o grupo representado pelas prostitutas, ou seja, mulheres que negaram uma

domesticação sexual e escaparam do domínio masculino. Esse ponto poderia ser rebatido, uma vez que a prostituição também pode ser uma domesticação sexual do domínio masculino, mas não vamos nos aprofundar nisso. As mães só estariam próximas da primeira categoria. No Brasil, segundo o autor, essa divisão ainda se dá em outro sentido, se decompondo em duas categorias, a mãe biológica e a ama de leite, posteriormente mãe preta e atualizada na figura da babá.

Para a mãe, nesse sentido, podemos supor que em suas categorias, poderia renunciar ao seu desejo, seu relato e reconhecimento de sofrimento em nome dos filhos e da família, o que foi perceptível em inúmeros relatos, onde o ponto principal do impacto do nascimento dos filhos estava relacionado à própria renúncia, “agora é tudo pra eles, né?”. Para as mães de famílias pobres ainda temos mais uma renúncia, ilustrada na abdicação de alguns cuidados dos seus filhos em troca de um emprego, onde muitas vezes cuidam dos filhos de outras pessoas, como é o caso das babás.

Podemos listar uma série de figuras clínicas da renúncia que aparecem na escuta de sujeitos em situação de pobreza. Para algumas dessas mulheres, a renúncia aparece no momento mesmo em que se sabe da gravidez, uma vez que é um período permeado por cuidados e vigilância constantes. A frase popularizada “gravidez não é doença” aparece porque em um determinado momento da história ela aparecia como uma. A primeira abdicação, portanto, aparece em torno do próprio corpo, que passa a ser a morada de um novo ser, envolto de cuidados constantes, alimentação regrada, visitas ao médico etc. O pós-parto e a amamentação não são muito diferentes. O período do resguardo é popularmente considerado e cheio de mitos e medos. A renúncia em torno da própria alimentação, do trabalho remunerado, das festas com as amigas, do uso do dinheiro com as demandas prioritárias dos filhos, também é relatada por várias mães atendidas. Embora existam renúncias em todas as maternidades, podemos apontar algumas diferenciações aqui. Donzelot (1980) aponta, através de dados históricos, que a infância pobre é constantemente vigiada do ponto de vista social, enquanto a infância das classes mais abastadas é acompanhada. Podemos fazer esse comparativo desde o período gestacional. As mulheres das classes mais ricas da sociedade têm sua gravidez acompanhada, escolhem seu médico, o parto, o lugar onde querem que seu filho nasça etc. A mulher pobre é obrigada a frequentar o pré-natal do posto no qual está registrada, não pode escolher seu médico, nem seu jeito de parir. Tem sua gestação sob vigilância do poder médico bem como da população geral. Essas questões vão com as afirmativas de Sen (2000) quando diz que a pobreza é uma privação das capacidades básicas do indivíduo, sendo a liberdade ou alternativas de funcionamento parte dessas. Nesse sentido,

as gestantes que vivem em situação de pobreza não podem escolher vários dos fatores que são parte da sua gestação. Alguma renúncia existe em toda gestação, entretanto, quem tem maior poder aquisitivo pode escolher o que renunciar, enquanto quem é alvo da pobreza, muitas vezes, não. E essa escolha vai desde o método contraceptivo, uma vez que mulheres pobres precisam usar os disponíveis no posto, passando pela própria decisão de manter a gravidez até o tipo de parto etc. (PINTO, 2010; DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2016).

Outro ponto relevante levantado a partir dos atendimentos clínicos foi relativo a figuras de confiança. A maior parte das mulheres cita uma pessoa, apenas, sendo essas suas mães ou vizinhas. Ou seja, além de passarem por situações difíceis, essas mulheres têm poucos espaços onde possam elaborar esse sofrimento. Aqui a exposição traumática vem em duas vertentes. Se por um lado a sua ocorrência é facilitada pelas questões sociais, por outro, os possíveis recursos necessários à sua elaboração encontram-se diminuídos ou ausentes (ROSA, 2002).

Como recursos necessários à elaboração traumática, podemos citar espaços de escuta, sejam mediados por profissionais da área de saúde mental ou não; lugares e relações de confiança onde essas mulheres, sob diversas invisibilidades, pudessem ter seus sofrimentos ouvidos e reconhecidos. Lugares onde as suas vozes pudessem escoar e possibilitar outras reflexões.

A partir disso, podemos retornar a Freud (1925) em seu texto *A negativa*, no qual investiga as origens do pensamento, e afirma que todas as representações se originam de percepções, que são repetições daquelas, ou seja, a existência da representação já é uma garantia para a realidade do representado. A partir dessa afirmação, podemos criar algumas hipóteses no plano da representação coletiva ou em compartilhamento com o outro. Se as origens das representações estão vinculadas a percepções, ou seja, para que algo seja representado, é necessário que ele seja percebido, o que acontece com o que não é percebido? Ou com o que não tem estatuto de uma representação?

Aqui podemos associar as três categorias propostas no presente tópico. Na medida em que não encontramos o reconhecimento social e nem espaços para que os sofrimentos psíquicos de pessoas que passam por situações de pobreza possam ser nomeados, denunciados e tenham suas elaborações facilitadas, elas ficam muito mais expostas às violências cotidianas e, conseqüentemente, a eventos potencialmente traumáticos.

Indo um pouco além, associando também a especificidade desse trabalho, o sofrimento materno, por si, já é algo do qual há pouca visibilidade na sociedade e tampouco há reconhecimento. A desconstrução do mito do amor materno (BADINTER, 1980) foi uma

importante contribuição nesse sentido, uma vez que colocou em xeque a idealização da maternidade e a crença de que as mulheres são naturalmente mães e naturalmente amam seus filhos por sua condição biológica. Entretanto, muito dessa concepção ainda ficou colada à cultura ocidental, como apontaremos mais à frente. Nesse sentido, ainda há pouco espaço social para as mães exporem sua fragilidade, suas ambiguidades, pois, quando fazem isso, são questionadas socialmente se realmente amam seus filhos, ou são consideradas más mães. Dessa maneira, são desmentidas em seu sofrimento, não há espaço para elaboração nem reconhecimento dele.

O modelo de maternidade ideal já vem sendo questionado há tempos pelas teorias feministas (BADINTER, 1980; BEAUVOIR, 1949). Algumas mulheres questionam e até propagam essas teorias; mas isso muitas vezes não chega para as mulheres com menor acesso a informações que seguem oprimidas por esses ideais repetidos por pares durante anos e gerações (ALVAREZ, 2014). Se em algum momento se questionam sobre isso, não encontram amparo social, ou muitas vezes são julgadas, incidindo aí a confusão de línguas conceituada por Ferenczi. Algumas mães que frequentam o IPREDE representam isso mais explicitamente, uma vez que verbalizam o cansaço, o esgotamento, a falta de habilidade e paciência de lidar com os filhos, ao afirmarem que não conseguem fazer nada além de “olhar os filhos”, denunciando a solidão, a sobrecarga e a responsabilidade na criação dos filhos. Não se trata apenas dos fatores envolvidos no processo de criação, mas da naturalização desses fatores e do deslocamento de mulheres pobres para a categoria exclusiva e central de mães, como apontado na pesquisa de Ponte (2010).

Nesse sentido, enfatizamos que esses fatores, relacionados a diferentes problemáticas históricas e sociais, influenciam o modo como a mãe e o bebê estabelecem uma relação. A clínica psicanalítica no contexto institucional, marcado por essas especificidades, deve considerar essas situações. Quando aplicamos o IRDI, precisamos ficar atentas a isso, se não entraremos numa visão individualizante e limitada. A mãe, quando cuida do bebê, nem sempre consegue esquecer os seus problemas ou deixá-los de fora da situação. Com efeito, ao falar de si, ao falar dos seus bebês, ao falar dessa relação, todas essas situações aparecem não apenas como pano de fundo, mas como algo inerente a sua vivência e que produzem marca na relação.

Apesar, porém, das inúmeras ressalvas relativas ao lugar da maternidade na atualidade, dentro deste contexto histórico e cultural, as mulheres seguem representando figuras de confiança para as crianças, encarnando a responsabilidade de garantir a sobrevivência delas. Nesse sentido, em ambientes marcados pela precariedade, pela violência,

pela pobreza, essas mulheres se vêem muitas vezes solitárias na difícil missão de sobreviver e de garantir o mínimo necessário para a sobrevivência de seus filhos. As mães, na maioria das vezes, conseguem adiar ao máximo o encontro da criança com o contexto no qual vivem. Um breve exemplo disso se mostra quando as mães relatam que pulam refeições priorizando a garantia de alimentação para os filhos.

Ferenczi (1934), no artigo intitulado *Reflexões sobre o trauma*, publicado posteriormente a sua morte, relata que o choque equivale à aniquilação do sentimento de si e da capacidade de resistir e defender a si mesmo. Nessas situações, o autor acrescenta que pode acontecer de alguns órgãos que sustentam a função do si mesmo abandonar parcial ou totalmente suas funções. Dessas situações, a comoção psíquica sobrevém. Na comoção psíquica, há, mesmo que minimamente, uma reação, numa tentativa de defesa momentânea e transitória. O processo súbito do qual a comoção psíquica é consequência causa grande desprazer psíquico que não pode ser superado. A superação é entendida por Ferenczi (1934) como uma defesa real contra a nocividade que causaria uma modificação no contexto de modo a evitar o evento súbito. A superação também pode ser considerada como a possibilidade de representação e da possibilidade de modificar uma futura realidade dentro de um sentido favorável, tornando esse desprazer suportável.

Nesse sentido, temos que a compreensão ferencziana se aproxima da noção freudiana de trauma, quando aponta o excesso psíquico como algo inerente ao trauma. O trauma, aqui, produz uma ruptura no escudo protetor, onde há uma invasão de energia e um rompimento do psiquismo. Esse excesso, ao romper essa barreira, carece de uma mediação necessária, tirando as condições de figuralidade e conseqüentemente de representatividade dessa experiência traumática. Ferenczi segue nesse sentido, mas faz uma articulação mais evidente com a dimensão social do trauma, embora desde Freud a presença de um outro já existisse na cena traumática (KUPERMANN, 2015). Ao situar a importância da comunicação ao outro e da visibilidade do sofrimento psíquico, Ferenczi sai do campo intrapsíquico e caminha para a demonstração do trauma como uma fratura no processo de reconhecimento no campo social e político (KUPERMANN, 2015). Isso é enfatizado por Molin (2017), quando afirma que existe uma passagem da dinâmica intersubjetiva da própria formação do trauma para os operadores que são responsáveis pela organização sócio-histórica de traumas culturais. Acrescenta, ainda, que, quando Ferenczi escreve sobre o não reconhecimento do segundo adulto a respeito do acontecimento traumático, é possível fazer um paralelo com o não reconhecimento do trauma de um grupo por outro. Além disso, a vítima passa a ser responsabilizada pelo próprio sofrimento. Ao não encontrar amparo social para seu

sofrimento, a vítima, desse modo, tem o sentimento que não pode contar com mais ninguém, ficando isolada. Esse sentimento passa a ser uma pedra angular do trauma, que na sequência interrompe as possíveis tentativas de comunicação, impossibilitando também a elaboração de sentido (MOLIN, 2017).

Roussillon (2013), apoiado na teoria da compulsão a repetição de Freud (1920), cria a hipótese da compulsão à integração. O autor afirma que repetimos algo enquanto não conseguimos integrá-lo a uma experiência. Essa experiência é vista como ameaçadora do ponto de vista do aparelho psíquico. Para o referido autor, “repetimos experiências arcaicas, experiências que não foram integradas, e as repetimos enquanto não conseguimos integrá-las, enquanto não encontramos uma maneira de calá-las”. (ROUSSILLON, 2013).

Faz parte do funcionamento psíquico produzir representações. A integração psíquica dessas representações deverá permitir a sua transformação em um material simbólico. Desse modo, a matéria-prima psíquica deverá passar por um processo de metabolização que vai se efetivar por meio de simbolização, permitindo uma subjetivação, de apropriação e integração subjetiva. Será por intermédio disso que o sujeito humano consegue se apropriar de sua experiência. Tal apropriação não é imediatamente apreensível, existindo no aparelho psíquico uma tensão em direção a essa apropriação (ROUSSILLON, 2013).

O autor enfatiza o que Freud traz como consideração da figurabilidade, tida também como consideração de narratividade, uma vez que é por meio da figurabilidade que o sonho pode contar uma história que poderá ser narrada na sequência na linguagem verbal. Existem para Freud, portanto, dois níveis do trabalho de simbolização, sendo que o primeiro pode ser visto no trabalho do sonho e o segundo na tradução do sonho, de modo que ele vire uma narrativa. Nesse sentido, o autor contribui com as reflexões obtidas no que se refere às condições de simbolização. Para que a simbolização primária ocorra é necessário que haja uma partilha, onde haverá uma criação de uma linguagem não verbal entre o sujeito e o seu entorno. Essa partilha cria um objeto comum que não é de um nem do outro, mas representa uma união entre o um e o outro, como podem se encontrar e se comunicar sobre os seus estados internos. Já na simbolização primária, há o envolvimento de todo o aparelho de linguagem verbal, ou seja, o uso da palavra, seu conteúdo semântico e expressividade verbal. A função da simbolização secundária será a de traduzir a simbolização primária para a linguagem, entretanto ela pode também traduzir processos da simbolização primária que não foram consumados (não chegaram a uma organização narrativa).

Para que o sujeito possa metabolizar de modo subjetivo suas experiências, serão necessárias algumas condições internas, tais como, por exemplo, manter a intensidade de

excitação dentro de um nível controlado pelo psiquismo, como também algumas condições externas. Para dar sentido, antes é necessário perceber, se perceber, sentir-se e sentir o outro, se ver, ser visto, ver o outro, de modo que se construam signos e referências de si e do outro (ROUSSILLON, 2019).

Torna-se possível articular esse ponto com o silenciamento do qual falamos há pouco, quando nos detivemos sobre os encaminhamentos e o movimento de livre demanda por profissionais de Psicologia em instituições que trabalham com pessoas em situação de pobreza, também apontados em Rosa (2016). Podemos criar a hipótese, a partir de Roussillon, de que algo entre os processos de simbolização pode ter ocorrido, de modo a deixar inenarráveis algumas situações, com obstáculos, seja pela sua integração ou pela comunicabilidade.

Parece-nos, aqui, que, cansadas de vivenciar situações difíceis nas quais não há apoio nem social nem jurídico, essas mulheres param ou evitam comunicar sobre seus sofrimentos. O dispositivo de escuta instalado com a aplicação do IRDI ou mesmo no setor de intervenção precoce foi promotor da comunicação do sofrimento dessas mulheres. Outras vezes, essa comunicação se dava pelo atravessamento das questões do filho, inclusive como uma tentativa de evitar a reprodução das mesmas formas de sofrimento. Algumas situações podem ser compreendidas dentro desse contexto, como, por exemplo, quando abrem mão de seus atendimentos médicos ou até mesmo psicológicos para priorizar os filhos.

Os cuidados dedicados aos filhos intentam proteger das situações vividas como perdas e abandonos. Lembramos o caso vivido por uma família, após presenciar um assassinato na frente de casa. A filha, desde esse dia, passou a apresentar sintomas de ansiedade e medo. A mãe nos procurou para encaminhar a filha a um serviço psicológico. A mãe, entretanto, apresentava os mesmos sintomas da filha. As mães levam os filhos para atendimentos no IPREDE, quinzenalmente, durante anos, porém a maioria não é acompanhada por nenhum serviço de saúde. Isso também é marcado pela falta ou dificuldade de acesso à rede de saúde pública. É sempre importante enfatizar o entorno dessa família para compreender melhor como se dão as relações de prioridade e renúncia.

Inseridas nas mesmas situações que seus filhos, as mães tentam funcionar como escudo protetor, como apontado por Khan (1963). Segundo o autor, a figura materna funciona como escudo protetor durante a infância e adolescência da criança, acompanhando o seu desenvolvimento. Durante essa etapa, pode ser necessário que a criança precise do Eu da mãe como auxiliar para sustentar as funções do seu Eu, que ainda estão imaturas e instáveis. O papel de escudo protetor serve, portanto, para garantir o ambiente esperado para o

desenvolvimento da criança. Quando a figura materna não consegue operar nesse sentido, causando fendas no desenvolvimento, pode provocar o que o autor chama de trauma cumulativo. O caráter traumático, entretanto, não se daria no momento em que acontecem, mas adquirido retrospectivamente. Seria pela repetição e pelo acúmulo de pequenos acontecimentos, muitas vezes silenciosos, que esse tipo de trauma se constituiria (KLAUTAU, WINOGRAD e SOLLERO-DE-CAMPOS, 2013).

É importante apontar, entretanto, que existem limites nesse processo de tentativa de proteção materna, uma vez que as necessidades das famílias em situação de pobreza muitas vezes não são atendidas ou priorizadas, conjuntura que se repete de gerações anteriores também sob vulnerabilidade social. Ou seja, essas mães também tiveram suas infâncias marcadas por falhas ambientais significativas. É nesse sentido que o conceito de trauma cumulativo nos parece uma importante chave de compreensão.

Winnicott (1956) enfatiza a importância do ambiente no processo de desenvolvimento infantil. Teria, assim, o ambiente suficientemente bom, no qual possibilita a criança, em cada etapa da vida, alcançar as satisfações, gerir ansiedades e conflitos inatos e pertinentes. No início da vida, haveria uma identificação entre a mãe e seu bebê que seria consciente e inconsciente. Nesse processo há uma importante diferença apontada pelo autor entre a identificação da mãe com o bebê e a dependência do bebê em relação à mãe. O bebê nesse momento ainda não teria condições psíquicas para se identificar com a mãe.

O autor propõe que, nos primeiros momentos da vida de uma criança, existiria um estado psicológico específico da mãe, o qual ele chama de preocupação materna primária. Existe uma sensibilidade que aumenta no final da gestação e tem continuidade após as primeiras semanas de vida da criança. A mãe, entretanto, não se lembra desse período. Esse estado fora desse contexto se aproxima de uma doença. Na medida, entretanto, em que o “bebê a libera”, a mãe consegue se recuperar de tal estágio. Essa “doença normal”, como classifica o autor, possibilita à mãe uma adaptação sensível às primeiras necessidades do bebê. A preocupação materna primária não é definida por uma organicidade ou como algo natural da mãe; sendo assim, pode ser desenvolvida por algumas mães e outras não, algumas desenvolvem com um filho, mas não com outro. As mães, entretanto, que desenvolvem essa sensibilidade, podem favorecer um contexto para a constituição psíquica da criança. Nesse sentido, segundo o autor, quando a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa, relativa às necessidades do bebê, o processo de desenvolvimento dele é bem menos alterado pelas intrusões externas. Isso acontece porque, a mãe, a partir da sua sensibilidade, consegue identificar e prover as necessidades do bebê. A tese levantada pelo autor indica que “(...) o

fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida.” (WINNICOTT, 1956).

Winnicott (1979) aborda a relação mãe-bebê em termos de ambiente, ou seja, não se trata apenas de uma pessoa que fornece todo esse amparo necessário ao desenvolvimento do bebê, mas todo um ambiente, no qual a mãe ou a principal referência da criança, faz parte. Esse ambiente de facilitação deve ser marcado por uma presença humana e pessoal. Quando Winnicott (1979) traz essa contribuição, ele indica ainda a importância da cultura e do meio social em que se dão o nascimento e o desenvolvimento de um bebê.

Nesse sentido, o ambiente, quando não ampara essa mãe, nem do ponto de vista objetivo nem do ponto de vista subjetivo, deixa também o bebê à deriva. Para que a mãe possa ficar nesse estado de suspensão relativamente às outras funções, é necessário que ela também esteja amparada. Ao responsabilizar a mãe pelo que pode acontecer de ruim com o bebê, o ambiente, além da figura materna, se desresponsabiliza, situando toda a culpa na mãe como situou Molin (2017).

Embora tentem muitas vezes servir de amparo ou escudo em relação ao ambiente hostil, via de regra, as mães não conseguem operar em um isolamento absoluto independente do contexto onde estão. Quando essas mães estão situadas em ambientes muito precários, isso se torna ainda mais complexo. Um fator, nesse sentido, chama atenção. Quando falam sobre as figuras de confiança e modelos de mães, essas mulheres situam as próprias mães como exemplos. Relatos como “se não fosse minha mãe, não sei o que seria de mim” ou “faria tudo pra ter minha mãe de volta” são recorrentes. Muitas delas foram criadas exclusivamente por mães, e mostram gratidão e admiração por suas trajetórias. As mães, inclusive, são as figuras que as ajudam a criar os próprios filhos. Algumas dessas mulheres conseguem, mesmo em ambientes insólitos, criar relações de trocas afetivas com seus filhos e propiciar modos de enfrentamento de situações adversas.

A psicanalista Vera Iaconelli (2020) situa, a partir da sua clínica com mulheres que viram mães, que existem diferentes figuras clínicas que respondem de forma diferente à chegada do bebê em suas vidas. Tal clínica aponta como as transformações do corpo na parentalidade, assim como os movimentos subjetivos que são necessários à constituição do lugar parental, exigem do sujeito um intenso trabalho psíquico (IACONELLI, 2020). Alguns sentimentos, entretanto, marcam essa etapa da vida das mulheres: onipotência, luto, ambivalência e narcisismo. Ao deparar com o desamparo do bebê, a mulher e todos que estão ao seu redor são inevitavelmente confrontados com seu próprio desamparo. Nesse sentido, as

mães reatualizam suas questões parentais, muitas vezes indo de encontro a uma revanche narcísica com as suas próprias mães, outras entram num processo de idealização da figura materna a partir da própria experiência, achando que nunca serão tão boas quanto as próprias mães. Queixas como “recebi demais” ou “recebi de menos” também se mostram constantes.

Sabemos, entretanto, que essas questões nem sempre aparecem num sentido manifesto, ou seja, são perpassadas por questões inconscientes da própria constituição psíquica. É interessante notar, contudo, esse sentimento em comum de gratidão e admiração ou até mesmo de idealização de mulheres por suas mães, que, tantas vezes, no imaginário social e, até do ponto de vista jurídico (BOESMAN, 2015), são consideradas inaptas a essa tarefa por sua condição socioeconômica.

### **3 OS INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL COMO ARTICULADORES ENTRE AS NOÇÕES DE PREVENÇÃO E CLÍNICA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NO IPREDE**

Este capítulo apresenta o testemunho da consolidação do setor de detecção e intervenção precoce no IPREDE. Inicialmente, faremos breve histórico das origens da criação do instrumento IRDI, enfatizando seus aspectos teóricos e metodológicos e sua inserção numa perspectiva ampliada de clínica e políticas de saúde mental. Depois será mostrado o testemunho de funcionamento do setor de detecção e intervenção precoce, ao longo de sete anos. Na sequência, apontaremos alguns estudos realizados através do IRDI. E por último faremos um debate sobre os conceitos de prevenção e clínica e sua interseção com o IRDI. Pretendemos abordar o setor a partir de suas particularidades e suas diferenças fundamentais e como essa experiência pode contribuir para um debate mais amplo sobre aplicação do IRDI em contextos marcados pela pobreza e vulnerabilidade social.

#### **3.1 Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil: história e fundamentação teórica**

Desde o período da reforma sanitária no Brasil, datada de 1970, e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, vimos serem cada vez mais fortalecidos os serviços ambulatoriais. Tais serviços preconizam equipes interdisciplinares, sendo composto, parte deles também, por psicanalistas. (VICTOR; AGUIAR, 2011). Percebe-se, portanto, a, saída de psicanalistas do âmbito da clínica privada para compor equipes de saúde situadas dentro das políticas públicas. A partir dessas experiências, temos a elaboração de inúmeros trabalhos de psicanalistas nesses campos que nos permitiram pensar ali a ação da Psicanálise.

Mais do que compor equipes interdisciplinares, os psicanalistas também passaram a fazer parte de equipamentos que constroem essas políticas, possibilitando a articulação de conceitos teórico-clínicos advindos da Psicanálise com a produção de projetos e programas de intervenções além do âmbito da clínica individual e privada. Mais do que contribuir a partir da construção teórica-clínica, essas experiências ensejaram novas produções de conhecimento e ampliação de olhares tanto da Psicanálise quanto de outros campos de pesquisa e atuação.

Vimos, portanto, psicanalistas militando ante a reforma psiquiátrica, contribuindo para sua efetivação, assim como alguns saindo dessa esfera e passando a pensar atenção primária, secundária e terciária.

Esse campo de articulação se desdobrou também nas políticas voltadas para a infância. A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – EBBS, iniciada em 2007, foi um exemplo dessa contribuição. A EBBS foi um projeto do Ministério da Saúde que tinha como objetivo atender as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDS) que situavam a importância do desenvolvimento emocional primitivo na definição de padrões de saúde para a vida. A EBBS tinha em sua base teórica contribuições de autores como Bowlby e Winnicott (PENELLO *et al*, 2011).

Nesse sentido, o IRDI surge também como uma contribuição da Psicanálise ao campo da saúde pública. O IRDI foi resultado de uma grande pesquisa multicêntrica composta por psicanalistas e pediatras, realizada de 2000 a 2008; entretanto, o início da proposta se deu em um período imediatamente anterior.

Ainda no contexto das discussões sobre a criação do SUS e da reestruturação de uma proposta em saúde mental, a pediatra Josenilda Caldeira Brandt, em 1984, então funcionária do Ministério da Saúde, foi convidada para coordenar a composição de um manual de crescimento e desenvolvimento infantil. O objetivo desse manual era que fosse usado por pediatras em toda a rede pública brasileira. Esse manual foi elaborado e amplamente utilizado por pediatras (KUPFER, 2008).

Em 1990, Maria Eugênia Pesaro, então técnica da área da saúde da criança, convidou novamente a Dra. Josenilda Brandt para atualizar o referido manual. Nesse período, a pediatra estava fazendo formação em Psicanálise, tornando-se posteriormente psicanalista, e demonstrou grande interesse em incluir o que denominou de “indicadores psíquicos” nesses indicadores do desenvolvimento e crescimento. A ideia era que para cada faixa etária houvesse um indicador psíquico. Dessa forma, a partir da consulta à professora Maria Cristina Kupfer no Instituto de Psicologia e, posteriormente, na Faculdade de Saúde Pública, foi decidido que para a composição desses indicadores seria necessária a criação de uma grande pesquisa nacional. E, a partir disso, e da convocação de um grupo de especialistas da área, foi formado o Grupo Nacional de Pesquisa – GNP (KUPFER, 2008).

A pesquisa tinha, portanto, alguns objetivos: a criação de um instrumento de detecção precoce, a formação de pediatras, a validação dos indicadores, selecionar

indicadores para complementar a ficha de desenvolvimento do Ministério da Saúde e no desdobramento de outras pesquisas (KUPFER *et al*, 2009)

A referida pesquisa foi subsidiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma articulação de alguns elementos apontados por diversas áreas do conhecimento - Psicanálise, Pediatria, Nutrição, Fonoaudiologia e Psiquiatria - em volta da ideia de risco para o desenvolvimento (LERNER, 2008).

O Grupo Nacional de Pesquisa – GNP desenvolveu, então, a partir dos pressupostos teóricos da Psicanálise – Freud, Winnicott e Lacan – um instrumento composto por 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil que podem ser observados em crianças de zero a dezoito meses de vida. (KUPFER, 2008; KUPFER *et al*, 2009)

A pesquisa foi realizada a partir de um corte transversal, seguido por um estudo longitudinal. A amostra foi composta por 727 crianças no total, que foram divididas em quatro faixas etárias: 0-4 meses, 4-8 meses, 8-12 meses, 12-18 meses. Essas crianças foram randomicamente selecionadas entre aquelas que procuraram consultas pediátricas de rotina em onze serviços de saúde de nove cidades, garantindo o caráter multicêntrico da pesquisa. Os pediatras devidamente treinados aplicaram o IRDI nessas crianças (KUPFER *et al*, 2009).

No processo de aplicação, o pediatra observava os indicadores de cada faixa etária e preenchia com “presente”, “ausente” ou “não verificado”. É válido pontuar que os indicadores não podem ser aplicados na ausência nem da mãe ou cuidador principal nem do bebê. Um dos objetivos do instrumento é produzir uma mudança e ampliação do foco do pediatra em relação ao bebê, no sentido de não observar apenas o bebê, mas sim a relação da mãe e o bebê (ROCHA, 2009). Captura-se a fala da mãe articulada com as produções do bebê. O IRDI se caracteriza, assim, por ser um indicador de relação, de intersubjetividade.

No caso da aplicação do IRDI, o indicador que estiver ausente é o que vai sugerir o risco para o desenvolvimento da criança. Os indicadores, quando presentes, são indicadores de desenvolvimento e, quando ausentes, apontam para o risco do desenvolvimento. A ideia dessa proposição é produzir a instituição de um olhar pediátrico que vai no sentido de procurar a saúde e não a doença na criança (KUPFER *et al*, 2009).

Depois de dezoito meses essas crianças foram separadas em dois grupos: as que tinham dois ou mais indicadores ausentes foram consideradas casos, as que tinham um ou nenhum indicador ausente foram consideradas controle. Quando completaram três anos, essas crianças foram submetidas a um diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico, através de dois

protocolos criados com esse objetivo: a Avaliação Psicanalítica – AP3 e o roteiro para a Avaliação Psiquiátrica. A partir dos dados obtidos, procedeu-se à análise de validação do IRDI. A análise foi feita considerando os 31 indicadores juntos e cada um deles separados. Como consequência dessa análise, foi considerado que o IRDI como um todo possui capacidade de prever risco psíquico e apontou alguns indicadores isoladamente ou em grupos com capacidade de predição de risco psíquico ou de problemas no desenvolvimento infantil. Com os resultados da análise de dados, foi definido que 15 indicadores tinham poder preditivo para risco psíquico, e a partir desse resultado foi elaborado o novo IRDI (KUPFER *et al.*, 2009).

O desenvolvimento infantil, de acordo com os pesquisadores em foco, é entendido como o produto de uma dupla incidência, por um lado, os fatores maturativos ligados a elementos neurológicos e genéticos e, por outro, processos de constituição do sujeito psíquico. A pesquisa IRDI buscou articular esses dois fatores (KUPFER *et al.*, 2009).

Como sujeito, entende-se, diferentemente do que se pensa do Eu ou da personalidade dita pelo senso comum, uma instância psíquica inconsciente. O sujeito é construído desde o início da vida do bebê a partir da história da família, da cultura, do desejo dos pais, e dos encontros e intercorrências da história singular da criança. Desta forma, a maturação, o crescimento e o desenvolvimento dependem fundamentalmente da constituição do sujeito psíquico, sendo bastante sensível a este (KUPFER *et al.* 2009)

Rocha (2008) expressa que a pesquisa tomou essa premissa de antemão. Para a autora, isso permitiu que se pensasse o desenvolvimento sem separar o corpo e a mente. Esse posicionamento fez com que a pesquisa avançasse em relação ao que se tinha pensado sobre desenvolvimento até então.

Os 31 indicadores do IRDI foram constituídos a partir de quatro eixos teóricos e de sua expressão fenomênica, a saber: a suposição de sujeito, o estabelecimento da demanda, a alternância presença/ausência e a função paterna. A delimitação desses eixos foi extraída em textos psicanalíticos tais como *Três ensaios para uma teoria sexual* (FREUD, 1905), *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920), *A dissolução do Complexo de Édipo* (FREUD, 1924) e dos seminários 4 e 5, de Jacques Lacan (LACAN, 1995, 1999) (KUPFER *et al.*, 2009).

Nos 31 indicadores existem alguns que representam exclusivamente um desses eixos e outros que representam mais de um eixo. Esses eixos se entrecruzam e a separação serve para fins didáticos.

O eixo da suposição de sujeito é caracterizado por uma antecipação da presença de um sujeito psíquico no bebê que é realizada pela mãe ou cuidador principal que ainda não

se encontra presente. A constituição psíquica desse bebê depende dessa antecipação, que o bebê seja suposto por esse cuidador. A antecipação causa intenso prazer no bebê, uma vez que vem acompanhada por uma manifestação jubilatória da mãe, que vai contribuir para que o bebê busque corresponder ao que foi antecipado sobre ele (KUPFER *et al.*, 2009).

Esse eixo dá um destaque à participação do Outro como operador das estruturas mentais do bebê, e, por esse motivo, são mais direcionados à mãe. Por exemplo, o primeiro indicador 1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer, está relacionado com a capacidade materna de ler as manifestações da criança e conseqüentemente traduzir. Para que isso opere, a mãe precisa tomar as manifestações do bebê como algo a ser lido (PESARO, 2010).

O segundo eixo, o estabelecimento da demanda, é onde estão as primeiras reações involuntárias que o bebê mostra ao nascer, como o choro, por exemplo, que são lidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela. Esse reconhecimento vai permitir a construção de uma demanda desse sujeito a todos com quem ela vier se relacionar desde aquele momento até o futuro, e está na base da atividade posterior de linguagem (KUPFER *et al.*, 2009).

O segundo eixo, segundo Pesaro (2010), está vinculado por indicadores apreendidos do lado da criança, pois já existe a possibilidade de acompanhar na própria criança o desenvolvimento do diálogo que sai do grito para a função de pedido ou apelo para o campo da demanda e para a inscrição do desejo. Essa mudança de necessidade para o desejo vai operar em todos os registros de troca com o outro. Ela pode até se disfarçar de necessidade, mas vai implicar um Outro, numa tentativa de satisfação, e por esse motivo mostra um afastamento das determinações instintivas. Para esse eixo, foram escolhidos indicadores que representam o enodamento do corpo (organismo) ao registro da satisfação pulsional (PESARO, 2010).

No segundo eixo, encontramos indicadores tais como 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades e 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. Nesses eixos, podemos ver o enodamento dos cuidados rotineiros com as ações psíquicas disponibilizadas pela mãe. Quando a criança utiliza sinais diferentes para expressar o que sente, mostra que ela não está mais no universo do grito ou da simples descarga, mas sim uma demanda que visa à comunicação com o outro (PESARO, 2010).

O terceiro eixo é o da alternância presença/ausência. Esse eixo é caracterizado pelas ações maternas que a tornam alternadamente presente e ausente. A ausência materna vai ser marcada por toda a ausência humana, posteriormente, como um acontecimento existencial, fazendo com que a criança seja obrigada a criar e desenvolver um dispositivo subjetivo para a

simbolização dessa ausência. A presença materna, deste modo, não é física, mas simbólica. Espera-se que entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe haja um intervalo no qual podem surgir respostas da criança, que servirão como base para as demandas futuras (KUPFER *et al.*, 2009).

Consoante Pesaro (2010), esse é um eixo nodal da constituição psíquica, uma vez que os cuidados maternos, marcados pelo retorno regular da mãe, proporcionam à criança um sentimento de continuidade e de coesão. A função materna introduz aos poucos essa função, ao passo que dá abertura para a entrada do quarto eixo, da função paterna.

No terceiro eixo, temos indicadores como 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação, 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta. Aqui a função materna precisa ser responsável pela instalação da alteridade, que é perceptível quando a mãe, ao mesmo tempo em que dá sustentação e antecipa as produções do bebê, também possibilita que ele se precipite, oferecendo espaço para isso (PESARO, 2010).

O quarto e último eixo é o da função paterna, onde se busca perceber e acompanhar os efeitos na criança dessa função. A função paterna é terceira instância entre a mãe e o bebê, orientada pela dimensão social e opera uma separação simbólica entre os dois. Isso impede que a mãe tome seu filho como objeto voltado apenas para a sua satisfação. Ou seja, é uma função que singulariza a criança e marca a sua separação em relação ao corpo materno (KUPFER *et al.*, 2009).

Os indicadores voltados para a apreensão da função paterna, entendendo o mesmo como um operador psíquico e levando em consideração o tempo lógico e cronológico, estão intimamente articulados com o valor da palavra do pai para a mãe como um proibidor para essa relação mãe-bebê, quando a criança está no lugar de objeto do desejo da mãe. A função paterna também sustenta um lugar de organizador do desejo da mãe (PESARO, 2010).

Nesse eixo, temos indicadores como o 23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. Esse indicador averigua se há um desejo outro para a mãe além da criança. A alternância materna dá possibilidade para que a criança construa um enigma em relação ao desejo materno, ensejando a dialetização da posição da criança.

Como dito anteriormente, um dos principais objetivos da pesquisa foi a construção e a contribuição de incluir indicadores psíquicos na ficha de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde. A partir dessa iniciativa, foi possível abrir um diálogo entre a Psicanálise e a Ciência moderna, possibilitando sua participação nas ações de Saúde Pública (KUPFER *et al.*, 2009).

O objetivo não foi criar uma unidade dialógica entre a Psicanálise e a Ciência Médica, mas sim promover uma interação, ou seja, confrontar o discurso mantido pelas disciplinas, a partir da perturbação trazida pela noção de sujeito do inconsciente (KUPFER; PESARO, 2016). A proposta era “dar a ver” aos pediatras o que já estava subjacente à sua clínica, mas que, por não estar amparado por uma técnica ou saber, não tinha exatamente um lugar preciso (KUPFER; PESARO, 2016). Em outras palavras, incluir a noção de sujeito do inconsciente, individual e singular, numa proposta coletiva de saúde.

O IRDI foi um instrumento pensado e elaborado para ser utilizado no campo da saúde, entretanto ainda durante o percurso da pesquisa, alguns pesquisadores passaram a se questionar sobre a possibilidade de articulação do instrumento no campo da educação, no caso, sua utilização em creches (KUPFER, BERNARDINO E MARIOTTO, 2014)

Os pesquisadores em questão levaram em consideração o fato de que as crianças estavam indo cada vez mais cedo às escolas de modo que os educadores podem se tornar importantes auxiliares na promoção de saúde mental de crianças. Desse modo, a aplicação do IRDI nas creches é feita por psicólogos ou psicanalistas que, com o instrumento em mãos, podem guiar a leitura e acompanhamento do processo de constituição psíquica de bebês a partir da relação professor-bebê (KUPFER, BERNARDINO E MARIOTTO, 2014)

Dessa constatação deu-se início a uma nova pesquisa, que tinha como objetivo:

testar uma metodologia de formação e de acompanhamento em serviço das professoras de educação infantil baseada no instrumento IRDI, buscando investigar se o uso dessa metodologia no âmbito da educação infantil contribui para a diminuição da incidência de problemas de desenvolvimento psíquico ulteriores (KUPFER, BERNARDINO E MARIOTTO, 2014, p. 10).

Para tanto se definiu a metodologia IRDI como um procedimento de acompanhamento do desenvolvimento psíquico por parte de psicanalistas em instituições de educação infantil que utilizam o instrumento como valor de previsão precoce de problemas do desenvolvimento (KUPFER, BERNARDINO E MARIOTTO, 2014).

O instrumento passou por algumas adaptações, como, por exemplo, o primeiro indicador que no original é 1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer para 1. Quando a criança chora ou grita, a professora sabe o que ela quer.

O grupo de pesquisadores que fez a adaptação do IRDI para as creches relatou essa experiência em um livro publicado em 2014. O livro apresentou resultados da primeira parte da pesquisa, que fez o acompanhamento, durante o período de nove meses, de 364 crianças distribuídas por 26 creches em Curitiba e em São Paulo. Em 2012, da amostra de 134

crianças, 30% apresentaram uma mudança de ausente para presente em alguns indicadores após a intervenção pontual da equipe com as professoras. O livro apresenta tanto dados quantitativos quanto qualitativos, partidos da experiência cotidiana dos pesquisadores (KUPFER, BERNARDINO e MARIOTTO, 2014).

A proposta mais atual é elaborar um conjunto de procedimentos de intervenção que se baseia no instrumento IRDI e está sendo nomeado como Metodologia IRDI. Essa metodologia é caracterizada por um acompanhamento da professora, que na situação das creches sustenta o exercício da continuidade da função materna, no sentido de manter o andamento dos eixos dessa função (KUPFER; PESARO, 2016).

A pesquisa multicêntrica rendeu vários debates que foram publicados em um importante livro (KUPFER; LERNER, 2008). Esse livro lança debates acerca da metodologia de pesquisa em Psicanálise (DUNKER, VOLTOLINI, JERUSALINSKY, 2008), sobre o uso de indicadores clínicos em pesquisas de orientação psicanalítica (KUPFER; VOLTOLINI, 2008), transferência em avaliações psicanalíticas (VORCARO, 2008), dentre outros.

### **3.2 IRDI: Estado de conhecimento**

Em uma busca realizada por nós no início de 2020, no banco de teses e dissertações da CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, foram encontradas 40 dissertações de mestrado acadêmico, uma de mestrado profissional e 12 teses de doutorado a partir do descritor IRDI. As primeiras foram defendidas em 2010, enquanto as últimas em 2019. Grande parte dos estudos foi realizada em programas de pós-graduação em Psicologia, entretanto, outros campos de estudo também aparecem. Como grande área do conhecimento, temos estudos nas Ciências Humanas (43), Ciências da Saúde (8) e multidisciplinar (2). Em área do conhecimento, Psicologia (26) aparece com a maior parte dos estudos, seguida por Psicologia do ensino e aprendizagem (14), Fonoaudiologia (8) e Educação (2). Como área de avaliação, aparecem Psicologia (41), Educação Física (8), Educação (2) e interdisciplinar (2). Em área de concentração, aparecem 13 opções: Clínica fonoaudiológica (1), Diversidade e Educação (2), Educação (2), Estudos psicanalíticos (3), Fonoaudiologia e Comunicação humana: clínica e promoção (7), Psicanálise, clínica e cultura (9), Psicologia aplicada (1), Psicologia e saúde (2), Psicologia escolar e do Desenvolvimento humano (14), Psicologia experimental (1), Psicologia institucional (1) e Psicologia da saúde (1).

Os estudos são provenientes de várias regiões do Brasil, sendo a maioria da Universidade de São Paulo (23), seguida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (9) e pela Universidade de Santa Maria (9). Minas Gerais, Brasília e Ceará também aparecem com mais de um estudo.

Na plataforma Scielo, foram encontrados 18 artigos a partir do descritor IRDI. Já na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS foram encontrados 29 artigos publicados. Interessante é observar que, embora alguns estudos tenham sido publicados em revistas de saúde pública, não aparece nenhuma tese ou dissertação vinda de programas de pós-graduação em saúde pública ou coletiva, por exemplo.

Dentre esses estudos, a maioria é de cunho qualitativo. As poucas pesquisas quantitativas são de áreas diferentes da Psicologia. Associação entre o indicador e estudos sobre o autismo também se mostraram bastante presentes. Não foram encontrados estudos que fizessem medidas de associações entre fatores de risco para o desenvolvimento e vulnerabilidade social. Esse dado reforça a importância deste experimento.

Dos estudos quantitativos, encontramos uma pesquisa realizada em um hospital-escola localizado na região central do Rio Grande do Sul, que teve como objetivo “[...] analisar as possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento linguístico e psicológico do bebê e presença de depressão materna”. (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014). A pesquisa foi realizada com 165 díades mães-bebês onde as crianças estavam nas triagens auditivas neonatais. Os autores coletaram dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais, além da aplicação do inventário de Beck (para detectar depressão) e da primeira faixa etária do IRDI (0-4 meses). A conclusão da pesquisa foi de que existe uma correlação entre depressão materna e risco para o desenvolvimento infantil (foram utilizados testes não paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, também foi usado no estudo a Estatística Gama). Na primeira faixa etária do IRDI, temos os eixos da suposição do sujeito, alternância presença/ausência e estabelecimento da demanda.

Os autores enfatizam que o IRDI avalia as condições dos bebês e não apenas da mãe e que a depressão materna não é um fato exclusivo de risco para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê (CARLESSO, SOUZA; MORAES, 2014).

Essa breve pesquisa feita em bancos de dados mostra que o IRDI desde seu lançamento segue provocando interesse e perguntas de pesquisas. O seu objetivo inicial de se firmar como um meio para dialogar com outros campos de atuação também foi bem-sucedido. Embora seja interessante refletir por que no campo inicial que era o da saúde pública e coletiva bem como outras áreas da saúde como Medicina, especialmente Pediatria e Medicina

da família ou a Enfermagem, o instrumento ainda não tenha se firmado como algo a ser estudado e pesquisado mais a fundo.

Outras disciplinas, como a Psiquiatria, também demonstram estar num movimento de cada vez mais afastamento da Psicanálise. Os primeiros manuais de Psiquiatria, tais como o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais), principalmente nas suas primeiras duas edições, eram amplamente influenciados pela Psicanálise. Essa separação definitiva se deu a partir do DSMIII, que rompeu definitivamente com a influência psicanalítica e propôs um manual a-teórico, com definições de critérios específicos para cada teoria diagnóstica e a introdução de um sistema multiaxial. Nesse sentido, há uma aproximação cada vez maior em relação à busca de causas orgânicas para afecções psíquicas (BEZERRA JR., 2014).

Alguns desses debates foram retratados em livros e artigos (LAURENT, 2014; JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011) onde fica explicitado esse conflito entre a Psicanálise e a apropriação dos conhecimentos advindos das neurociências. A “medicalização” e a “psicopatologização” do sofrimento infantil também vem sendo retratado por autores (KRAMERS, 2013; GUARIDO, 2015; MARIOTTO, 2015).

Ansermet (2015) considera que os conhecimentos advindos da Psicanálise não entram em contradição com os avanços atuais da ciência, e enfatiza o encontro da clínica psicanalítica e a Genética, no que se refere à irreduzibilidade da singularidade.

Nesse contexto, o IRDI se faz um instrumento interessante na tentativa de retornar esse diálogo onde as diferenças das áreas são consideradas e respeitadas. O estado de conhecimento mostra que esse ainda é um caminho que não está completamente efetivado, fazendo-se importante refletir os motivos que levam a isso e elaborar melhores estratégias de retorno a essa importante interlocução.

### **3.3 O IRDI nas pesquisas quantitativas**

No levantamento de pesquisas em bancos de dados citado em passagem anterior (banco de teses e dissertações e a plataforma *Scielo*), foram encontrados poucos estudos quantitativos relacionados ao IRDI em comparação com os qualitativos. Citamos um anteriormente fazendo a correlação entre depressão materna e risco para o desenvolvimento infantil (CARLESSO, SOUZA; MORAES, 2014). Existem outros apontando a predição do IRDI em relação ao retardo mental e autismo (LERNER, COHEN, MURATORI, APICELLA E CASSEL, 2011). Deter-nos-emos, porém, um pouco mais em um estudo comparativo de

aplicação do instrumento em escolas públicas e privadas e outro que buscou relacionar o instrumento com dados obstétricos, socioeconômicos e psicossociais, visto que esses elementos coincidem com o interesse do nosso estudo e aplicação do IRDI no IPREDE.

O primeiro trabalho é um recorte da pesquisa *Metodologia IRDI: uma intervenção com educadores a partir da Psicanálise* (KUPFER *et al*, 2009). Nesse estudo, foram estudadas 17 crianças das duas CEIs – Centro de Educação Infantil, sendo uma pública e uma particular. Essas crianças foram acompanhadas semanalmente por meio dos IRDIs. Quando eram identificados indicadores ausentes, eram feitas intervenções junto às educadoras. As intervenções tinham como objetivo presentificar os indicadores, podendo evitar a cristalização de quadros psicopatológicos (CAVAGGIONI, OLIVEIRA E BENINCASA, 2018).

Foram encontradas pelos autores diferenças entre o modo de cuidar em relação às duas instituições a partir de problemáticas diferentes. É pontuado, entretanto, que ambas seguem uma obediência à lógica institucional baseadas nos padrões da Pedagogia escolar. Foi notado que, na CEI de rede conveniada, as crianças apresentaram seis indicadores de risco para o desenvolvimento psíquico ausentes (4,6,7,8,22,24), com quatro dentro do eixo estabelecimento da demanda, um do eixo alternância presença/ausência e uma do eixo função paterna. Já na CEI da rede particular, foram observadas ausências de nove indicadores (1,4,5,6,7,8,22,24,26), com um deles referente ao eixo da suposição do sujeito, três do eixo estabelecimento da demanda, três do eixo alternância presença/ausência e dois do eixo função paterna (CAVAGGIONI, OLIVEIRA E BENINCASA, 2018).

Os autores mostram que, na CEI particular, é perceptível o oferecimento de uma rotina mais individualizante às necessidades de cada criança, bem como uma proporção mais adequada à quantidade de educadores por bebê. A ausência do indicador “quando a criança chora ou grita, a professora sabe o que ela quer” é considerada pelos autores como um indicativo da necessidade das educadoras em calar o mais rápido possível o choro das crianças para que os pais e outros educadores não escutem, recorrendo, dessa forma, a chupetas e paninhos, sem interpretar o que a criança está comunicando por meio do choro. Essa lógica impede, também, a possibilidade de aparecimento da resposta por parte da criança. A resposta esperada por parte das educadoras é a cessação do choro do bebê. Isso se manifestou também na ausência de mais quatro indicadores (8, 22,24 e 26) sendo dois do eixo alternância presença/ausência e dois do eixo da função paterna. Os autores consideram que, apesar de saberem da importância do seu papel no processo de promoção de saúde mental infantil, as educadoras ainda seguem pressionadas pela necessidade de agradar os pais das crianças e a própria instituição. Desse modo, as professoras tendem a atender todos os desejos

das crianças que acabam se manifestando mais por meio do choro e da birra (CAVAGGIONI, OLIVEIRA E BENINCASA, 2018).

Já na CEI conveniada, quatro dos seis indicadores ausentes estavam ligados ao eixo do estabelecimento da demanda. Essa diferença é apontada pelos autores como um sinal do excesso de trabalho vivido pelas educadoras, junto a uma necessidade de atender a rotina como horários referentes aos cuidados das crianças. A visão assistencialista e pedagógica também foi elemento apontado pelos autores como algo que interfere no tempo para o reconhecimento da demanda das crianças. Foram observados também ausência de três indicadores (7,22 e 24) dos eixos estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna; além de uma porcentagem mais elevada no indicador 24, que os autores apontam como uma provável relação ao fato de a maioria das crianças não ter uma educadora favorita, recorrendo à que permanece presente na ocasião da ausência de uma delas (CAVAGGIONI, OLIVEIRA E BENINCASA, 2018).

Malgrado a amostra ser bem pequena em relação à constatação de um estudo quantitativo de fato, podemos observar dois elementos importantes nesse estudo. Primeiro, que os estudos quantitativos foram complementados pelo olhar qualitativo dos pesquisadores que promovem algumas reflexões interessantes. E, em segundo lugar, é perceptível por meio desse breve estudo a influência do ambiente na incidência dos indicadores de risco para o desenvolvimento infantil analisados por via do IRDI. Mesmo as duas CEIs sendo de origens socioeconômicas distintas, as duas apresentaram fatores e indicadores ausentes.

Outro estudo quantiqualitativo envolvendo o IRDI foi realizado no Hospital Universitário de Santa Maria e na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal no Camobi com 80 bebês. O estudo foi um coorte prospectivo que acompanhou bebês prematuros e a termo entre os três e nove primeiros meses de vida e tinha como objetivo relacionar sinais de risco psíquico em bebês nessa faixa etária com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais. A análise estatística foi feita através do aplicativo computacional Statistica 9.1 e PASW/// (ROTH, 2016).

A pesquisadora aplicou o IRDI em três momentos. A pesquisa considerou crianças com risco as que apresentaram pelo menos um indicador ausente. Na fase I, foi observada uma frequência de 14 bebês prematuros (56%) e 25 bebês a termo (45,5%) considerados com risco para o desenvolvimento. Na segunda etapa, os valores foram reduzidos para 11 bebês prematuros (44%) e 13 bebês a termo (23,64%). Já na terceira etapa, foram seis bebês prematuros (24%) e 11 a termo (20%) com indicadores ausentes. As variáveis que mais apresentaram relação com a ausência de indicadores foram: APGAR 1,

sexo do bebê, tipo de aleitamento até o sexto mês de vida, com quem a criança dorme, a idade materna, se a mãe possui um cônjuge que apoie e atividade profissional da mãe (ROTH, 2016).

Por intermédio do estudo foi constatado como fator de risco na fase I (equivalente à primeira faixa etária do IRDI – zero a quatro meses) o fato de a mãe não ter alguma atividade profissional (aumento em duas vezes mais chances de risco) e não apresentar um cônjuge (aumento em três vezes mais). Crianças que tiveram o APGAR 1' inferior a oito apresentaram duas vezes mais chances de risco. Os bebês do sexo masculino apresentaram uma vez a mais de chance de ter pelo menos um indicador ausente (ROTH, 2016).

Já na fase II (segunda faixa etária 4- 8 meses incompletos) o modelo de regressão logística considerou como fatores de risco significativos para os IRDIs o tipo de aleitamento e com quem a criança dorme. Os bebês que mamaram exclusivamente até os seis meses mostraram duas vezes menos chance de ter um indicador negativo. As crianças que dormem sozinhas no carrinho ou berço apresentaram quatro vezes menos chance de apresentar pelo menos um IRDI ausente (ROTH, 2016).

Na fase III, a regressão logística considerou fator de risco significativo a idade materna, se a mãe possui algum cônjuge e o sexo do bebê. A idade materna abaixo de 20 e acima de 35 anos apareceu como um fator de proteção para o desenvolvimento do bebê. Mães sem cônjuges mostraram 4,6 vezes a chance de alteração nos IRDIs dos seus filhos. A presença de um cônjuge aparece como um fator de proteção para a criança. Bebês do sexo masculino apresentaram 2,8 vezes a chance de terem pelo menos um indicador ausente (ROTH, 2016).

Em síntese, os estudos quantitativos utilizando o IRDI apontam para a necessidade de incluirmos as sobredeterminações socioeconômicas e demográficas na análise dos resultados clínicos adquiridos a partir da aplicação do instrumento. Entretanto, apontam, contudo, desafios inerentes ao próprio processo de incluir algo subjetivo e clínico (como o próprio nome do instrumento enfatiza) em pesquisas de cunhos mais objetivos que visam a apresentar os resultados por via de estimativas, probabilidades, correlações etc. Novamente, estamos diante das relações entre o singular, o particular e o universal (MEZAN, 2002). É sabido que se pode analisar e interpretar esses dados obtidos de variadas maneiras e que, normalmente, as análises qualitativas contribuem, ampliando a visão para esses resultados.

O problema é quando caímos no risco de, por exemplo, patologizar algumas realidades do campo social, criamos um limite ético e metodológico para a pesquisa. Sabemos que as falhas ambientais fazem parte da constituição de processos subjetivos, entretanto, ao

associar e generalizar alguns fatores como risco para o desenvolvimento com elementos sociais, abre-se a possibilidade de deslocar o campo do debate dos aspectos políticos e sociais para responsabilização individual numa compreensão mais estrita do entendimento de saúde.

Uma curiosidade percebida ao largo da nossa trajetória de sete anos no IPREDE foi que, apesar da associação constante que se faz entre pobreza e risco para o desenvolvimento, o pequeno número de crianças portadores de autismo, um dos diagnósticos em maior evidência nos últimos tempos.

Outros elementos se fizeram presentes, conforme comentado há pouco, como o número expressivo de ausência no indicador 29, apontando atraso de linguagem e assinalando para a problemática da intersubjetividade. O IRDI, como também comentado anteriormente, não é um instrumento de diagnóstico, mas de rastreamento de risco, e que, não tinha como objetivo realmente detectar autismo nessas crianças. Cabe ressaltar o fato de que o IPREDE, nesse período, tinha como público principal crianças com problemas alimentares. As famílias de crianças com questões relacionadas a outros impasses no desenvolvimento não chegavam até a instituição. Esse dado, contudo, chamou a atenção da equipe durante esse período.

### **3.4 A experiência IRDI no IPREDE**

Após essa retomada da história e dos pressupostos teóricos em jogo no estabelecimento do IRDI, relataremos como foi feita a apropriação do instrumento no cotidiano institucional e depois ilustraremos com algumas vinhetas de aplicação.

As famílias eram convidadas aos atendimentos para a aplicação do instrumento, ou seja, não partia da demanda espontânea. Como expresso anteriormente, o perfil de famílias que buscam o IPREDE é marcado por insegurança alimentar, dentre outros aspectos relacionados às situações de pobreza e vulnerabilidade. A proposta era funcionar como uma triagem de risco psíquico para as crianças que estavam sendo inseridas na instituição. Conversávamos sobre os objetivos do atendimento e, em seguida, observávamos os indicadores por faixa etária. Isso também era inovador no sentido de que nas consultas pediátricas essa observação se dá em momentos de trocas de roupa, acalantos que acontecem de modo mais natural devido ao tempo mais longo de duração do atendimento. Para observar os indicadores, precisamos que tanto a mãe quanto o bebê assumam condutas espontâneas o que às vezes era obstruído pelo ambiente artificial do consultório e pelo tempo limitado da consulta. Para facilitar isso, com o tempo, fazíamos perguntas mais abertas, pedíamos para contar suas histórias de vida, de como tinha sido a gravidez e a chegada do bebê na família.

Isso causava um grande estranhamento nas mulheres, em primeiro lugar, era curioso uma psicóloga interessada em bebês, e em segundo lugar, elas estavam acostumadas a responderem a perguntas de modo mais objetivo. Ao final do atendimento, explicávamos que nos encontraríamos em breve para acompanhar o desenvolvimento do bebê até os seus dezoito meses de vida.

Esse estranhamento não se deu apenas do lado das mães, mas também dos profissionais da instituição. Alguns profissionais não entendiam direito se atendíamos apenas as mães de crianças pequenas ou como atendíamos crianças que ainda não falavam, considerando a fala essencial para o atendimento psicológico. O processo de atendimento se dava via abertura de prontuário, mas, com o tempo, os outros profissionais passaram a nos encaminhar pacientes que não estavam indo bem nos outros atendimentos, apresentando problemas de conduta ou dificuldade de aderir ao tratamento. Eventualmente éramos chamadas a dar testemunho dos pacientes que acompanhávamos em reuniões de equipe.

Dos 31 indicadores, temos alguns que são observáveis e outros em que é necessário interrogar a mãe. Em alguns casos, as mães se surpreendiam com as perguntas e diziam que nunca tinham parado para reparar em certas produções da criança. Desse modo, percebemos que a aplicação do IRDI também vem com um caráter de intervenção. Ao perguntarmos sobre a história da mãe, história da gravidez, era dada a possibilidade de ela constituir sua narrativa dentro de uma rede de significações onde o bebê pudesse ser incluído. Esperava-se que, ao perguntarmos algo que ela nunca tinha percebido no seu filho, criássemos a oportunidade de que o bebê fosse visto de uma outra perspectiva.

Quando a criança denotava dois ou mais indicadores ausentes, pedíamos para ver a criança na quinzena seguinte<sup>6</sup>. Fatores como sono, fome, doenças ocasionais influenciavam consideravelmente a avaliação. Um ponto que ocorria, tanto nas aplicações quanto nas intervenções, era a forma como podíamos lidar com a escuta das mães nesse contexto. Abríamos a possibilidade de fala para muitas delas, entretanto o setor era marcado pela preocupação com o tempo da criança, que, embora estivesse intimamente ligado ao da mãe, em alguns momentos, era difícil conciliar as duas necessidades. Nesse período, a instituição não tinha uma psicóloga para atendimento individual, de sorte que não tínhamos para onde encaminhar ali dentro. Mesmo quando encaminhávamos para atendimento psicológico

---

<sup>6</sup> A rotina de atendimento do IPREDE é quinzenal. O IPREDE recebe tanto demanda espontânea quanto encaminhamentos. A maioria das crianças que são encaminhadas para lá tem problemas alimentares. Uma vez entrando na instituição, é aberto o prontuário e elas são acompanhadas por distintos profissionais durante dois anos, quinzenalmente.

individual em outras instituições, era relatado por parte das mães falta de tempo disponível para esse acompanhamento.

Outro fator que gerou grande curiosidade foi a incidência de ausência de indicadores referentes à última faixa etária (12-18 meses). Um grupo considerável de crianças não apresentava nenhum indicador ausente nas primeiras faixas etárias, entretanto, quando chegavam na última, apresentavam mais de um indicador ausente. O que acontece nesse período? O que é esperado do cuidador nesse processo?

Uma pesquisa de iniciação científica realizada de 2014 a 2015, que tinha como pesquisadora a então estudante do curso de psicologia Mayra Carvalho e orientada pela professora doutora Maria Celina Peixoto Lima, coletou dados de 185 crianças que tinham passado pela aplicação do IRDI. Além dos dados coletados na própria planilha do IRDI, as pesquisadoras investigaram a idade materna, escolaridade materna, renda familiar, renda *per capita*, quantidade de pessoas que moram na casa e quantidade de filhos. Um dado foi notável: a quantidade de ausências no indicador 29. A mãe começa a pedir que a criança nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. Das 77 crianças nessa faixa etária, 32 apresentaram ausência nesse indicador. É um número considerável se observamos que alguns indicadores não apresentaram nenhuma ausência. Seguem as tabelas e gráficos produzidos pela pesquisadora e que auxiliam na visualização dos referidos dados.

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária

Faixa etária	Quantidade de crianças	Porcentagem do total da amostra
Primeira (0 – 4 meses)	21	11,4%
Segunda faixa (4 – 8 meses)	53	13,2%
Terceira faixa (8 – 12 meses)	34	14,7%
Quarta faixa (12 – 18 meses)	77	41,6%

Fonte: Elaborada pela autora

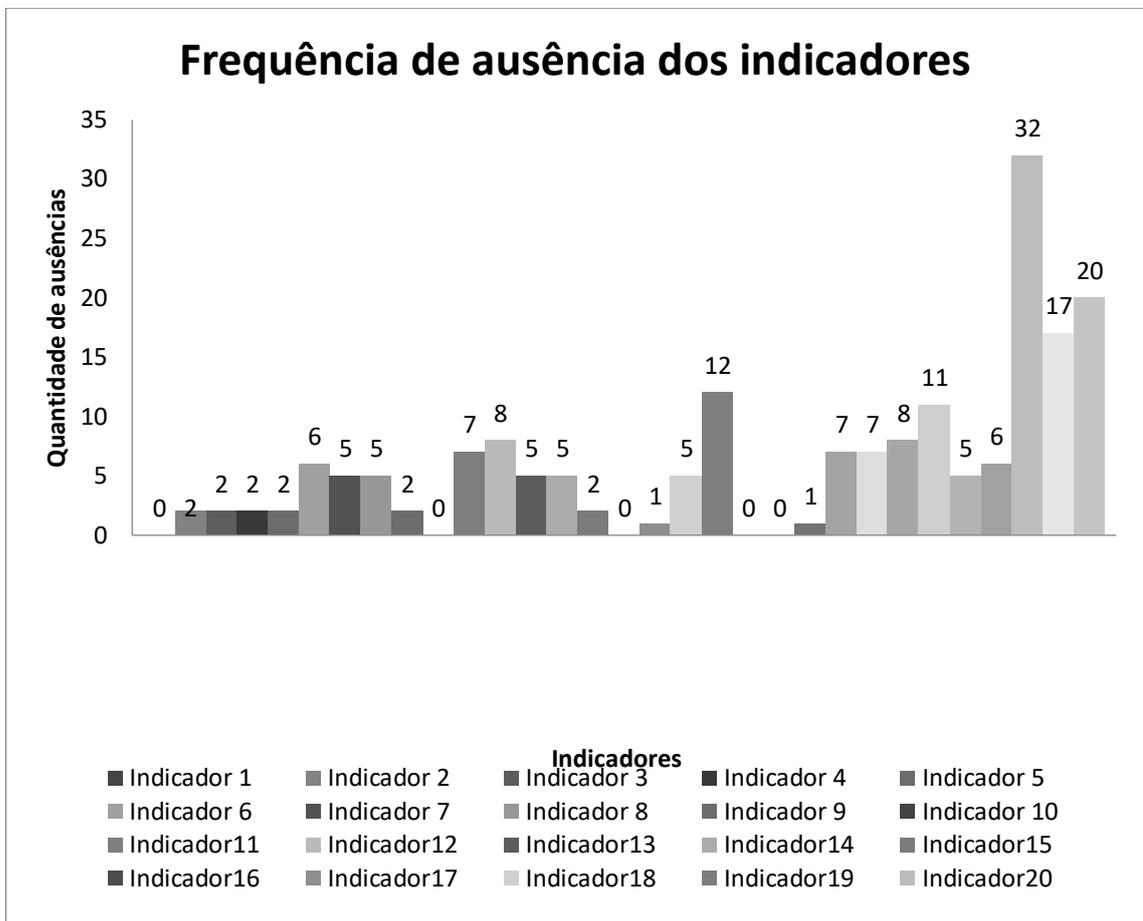


Tabela 2 – Frequência e porcentagem de risco por faixa etária

Faixa	Risco	%	Não risco	%
1	2	9,5	19	90,5
2	7	13,2	46	86,8
3	5	14,7	29	85,3
4	31	40,3	46	59,7

Fonte: Elaborada pela autora

Gráfico 1 – Frequência de ausência dos indicadores



Fonte: Elaborada pela autora.

Esse indicador vem seguido pelo 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios, com 20 crianças com ausência. E em terceiro lugar vem o indicador 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança, com 17 ausências. Esses três indicadores vêm seguidos pelos indicadores 12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança

sem poupar-lhe esforço, 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe e 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.

Os três indicadores que mais aparecem são correspondentes ao quarto eixo do IRDI, que representa a função paterna. Os outros dois mais apontados também têm esse eixo como base acrescentado do eixo alternância presença/ausência. Uma curiosidade que se instalou foi se isso seria específico de população em situação de vulnerabilidade social ou se seria algo marcado pela contemporaneidade. Do lado da vulnerabilidade social, um argumento que se utiliza com frequência é a ausência de estímulos cognitivos e do lado das questões contemporâneas temos a falta de conflitos e imposição de limites em relação às crianças como uma problemática atual. Falaremos mais especificadamente dos indicadores mais ausentes, e como isso era visto nos atendimentos, no próximo capítulo.

O que tivemos, portanto, foi que a maior parte dos casos encaminhados para a intervenção precoce eram crianças com mais de um ano e com problemáticas em relação à linguagem. Na intervenção precoce, trabalhamos com a urgência do tempo subjetivo e cronológico da criança. O ritmo de atendimento quinzenal da cultura institucional não se encaixava muito nas nossas necessidades. Tentamos com algumas famílias fazer com que os atendimentos acontecessem com periodicidade semanal, entretanto não tivemos sucesso nessa proposta, mesmo com a disponibilização do vale-transporte.

Frequentemente, quando encaminhadas, as mães recebiam bem a proposta, porém algumas mostravam resistência ao comparecer aos atendimentos, tendo sempre outras consultas, principalmente as pediátricas, como prioridade.

Importante é lembrar que as mães não procuravam o setor por conta própria, era um processo de triagem da instituição. Ao abrir o prontuário, elas já estavam automaticamente na lista de aplicação do IRDI. A equipe é que normalmente apontava os riscos para o desenvolvimento da criança. Então, nesse processo, a demanda se dava de forma invertida. Muitas vezes as mães não demandavam atendimentos, mas, como o nosso foco era o laço mãe bebê e o desenvolvimento psíquico do bebê, precisávamos tentar constituir elementos para estabelecer o laço transferencial do lado da mãe.

Outro problema que levávamos com frequência para a supervisão era quando a família estava passando por situações extremas, como fome, uso abusivo de drogas, psicopatologias graves. Nesses momentos, as questões relativas à relação da mãe e da criança pareciam confiscadas pelo protagonismo desses elementos. Isso exigia um manejo clínico, necessitando-se de acessar a fala da mãe, sem esquecer, no entanto, os problemas da criança. Em uma das supervisões, o supervisor apontou que não podíamos perder de vista que o sujeito

da nossa intervenção era a criança e que os analistas não podiam tratar mais de um sujeito por vez, embora esse elemento clínico fosse importante nas problemáticas que apareciam. Ele apontou que, para que uma criança fale, é necessário que alguém a deixe falar, que alguém a convoque a isso. Quando o Outro fala o tempo todo, sob pressão de uma intensa angústia, o sujeito não fala. O IRDI detecta os riscos que colocam o sujeito aprisionado nessa angústia. Nesse contexto, tudo o que a mãe fala vale nos termos que significa. Dessa maneira, a saturação de demanda de fala da mãe poderia obliterar a escuta da fala da criança ou a própria fala da criança. O grande desafio aqui é fazer com que os atendimentos de intervenção precoce sejam um espaço onde essas questões podem ser trabalhadas, as considerando intimamente ligadas entre si. A criança não está separada do mundo e das angústias que a mãe está vivendo. Então, torna-se necessário considerar todos esses elementos.

Deste modo, podemos considerar que o IRDI é um instrumento sensível a essas questões, uma vez que consegue detectar elementos importantes das falhas ambientais. Os sofrimentos que se relacionam à desigualdade social, ao desamparo social, à violência urbana, à pobreza e à fome comparecem às questões clínicas, inserindo-se como problemáticas que atingem distintos âmbitos da vida, tanto da mãe quanto do bebê.

Nesse contexto de atendimento, surge com maior clareza a dimensão sociopolítica do sofrimento, tornando necessário que nos atenhamos aos conceitos psicanalíticos com o intuito de criar dispositivos clínicos que estejam coerentes às questões do sujeito enlaçadas às questões institucionais, políticas e sociais (ROSA *et al.*, 2017). Com efeito, é mais do que simplesmente adaptar a experiência da clínica de bebês no contexto de vulnerabilidade social e sim pensar como tais questões também são capazes de sobredeterminar o modo como o sujeito psíquico se estrutura, abrindo espaço para pensar a relação entre tais determinantes em sua relação com o inconsciente.

Segundo Rosa *et al.* (2017), a clínica-política tem duas dimensões: o sujeito do contexto sociopolítico e a do questionamento da ética desse contexto que gera mais do que o sintoma, mas também a desarticulação subjetiva impeditiva da constituição do sintoma. Os preconceitos de classe, gênero, raça e cultura cotidianamente vividos por essas famílias levam ao sofrimento que vai além da dor de existir, uma vez que lançam o sujeito ao desamparo discursivo. O desamparo discursivo é definido como quando há uma desqualificação do discurso. Assim, ele somaria ao desamparo social, e nesse sentido, o sujeito acaba sendo responsabilizado por sua condição que é social-pluri-determinada. Nesse contexto a Psicanálise pode contribuir no sentido de investir em táticas clínicas que remetam à posição desejante do sujeito e em modalidades que os retirem da posição de alienação (ROSA *et al.*,

2017). A diferença se faz, portanto, não só no conteúdo que aparece expresso nas questões do âmbito da carência material, mas também na maneira como o discurso se articula, como a demanda de atendimento é constituída. Concordamos com Rosa *et al.* (2017) quando eles situam “[...] o silêncio, a dor e falta de uma demanda como vicissitudes do psicanalista nessa clínica”.

Nesse sentido, a clínica da intervenção precoce a partir do imperativo ético e clínico da Psicanálise, permite que essa família conte sua história, evitando o apagamento da memória dela, indicando o que foi silenciado e o que não pôde ser dito. Aqui é interessante observar que alguns casos onde foram detectados riscos e foram atendidos na intervenção precoce, tiveram repercussão nos outros irmãos, principalmente nos mais novos. As mães relatavam que estavam vivenciando a maternidade de uma forma diferente com os filhos mais novos, o que foi percebido também nas aplicações do IRDI deles. Observamos, assim, que a possibilidade de fazer circular a palavra pode produzir, simultaneamente, um deslocamento das posições subjetivas intrafamiliares, com repercussão sobre os demais membros da família.

Outra possibilidade é a elaboração de conteúdos, criando modos para a saída da condição de alienação. A partir da mudança produzida no giro discursivo, cria-se possibilidade para que a relação entre a mãe e seu bebê seja vivida de uma outra forma, sem que essa responsabilização da condição social recaia exclusivamente na figura materna. Esse processo auxilia para que as mães possam viver essa relação por meio de um prisma que envolvia o prazer de ver as conquistas e gracinhas dos bebês além da obrigação de prover os cuidados básicos que eles exigem. Foi preciso, portanto, de certo modo, reinventar e avançar em determinadas maneiras de fazer clínica psicanalítica com bebês e mães nesse contexto.

Assim como foi avaliado por parte de Rosa *et al.* (2017), os casos que aparecem no IPREDE, ou seja, dentro de uma clínica lotada pela dimensão sociopolítica do sofrimento onde as desigualdades sociais sobredeterminam o exercício da maternidade, são diferentes dos casos e das demandas observadas e descritas em estudos em consultórios particulares. Muitas vezes, as preocupações relacionadas com a sobrevivência, a segurança alimentar ou a violência se sobressaíam à demanda de uma intervenção psicanalítica, exigindo dos clínicos uma articulação com a Psicanálise implicada (ROSA *et al.*, 2017).

Com sessões quinzenais, tivemos importantes avanços nos atendimentos com mães e bebê. Os momentos de supervisão e troca entre a equipe que estava quase toda em formação foram extremamente ricos. Essas trocas eram feitas de estudo de casos, leituras sugeridas, elaboração compartilhada das angústias etc. Esse grupo, entretanto, foi cada vez se

limitando a psicanalistas ou estagiários de Psicologia que faziam o atendimento clínico da intervenção precoce.

O setor de detecção e intervenção precoce dentro do IPREDE se caracteriza por um modo de funcionamento que requer um atendimento individual. Então, frequentemente, nos angustiava ver a lista de espera para a intervenção precoce crescendo, sem que pudéssemos dar conta de atender todos aqueles pacientes que precisavam, em sua maioria, de intervenções mais urgentes, em oposição à espera da fila. Frequentemente, nos perguntávamos se não existiria outra maneira de intervir que não tivesse esse cunho individualizante e pudéssemos incluir outras famílias nesse processo.

A partir dessas considerações e da experiência de aplicação do IRDI no IPREDE, tornou-se interessante nos aprofundar nos conceitos que o permeiam além dos indicadores e eixos teóricos em sua elaboração. O IRDI foi pensado e elaborado com suporte em anos de experiência de clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas. Nesse sentido, temos que as noções de prevenção, a partir de todas as particularidades na maneira como a Psicanálise se apropria desse termo, são fundamentais para compreendermos a complexidade e o alcance desse instrumento.

### **3.5 Prevenção e clínica no uso do IRDI**

A entrada da discussão de saúde mental traz para o campo da saúde como um todo elementos que historicamente não eram considerados no entendimento de saúde. Como exemplo mais didático disso, temos a própria noção de saúde, que de “[...] ausência de doença” passou a ser entendida como “[...] completo estado de bem estar bio-psico-social” com debates para maiores ampliações (SCLIAR, 2007). Do ponto de vista da saúde global, existem duas dimensões que precisam ser vistas de modo conjunto: a somática e a psíquica. Não existe uma descontinuidade entre esses dois elementos, devendo, portanto, levar em consideração suas múltiplas circunstâncias. As dimensões do campo da prevenção em saúde mental têm impactos sobre o funcionamento do corpo e vice-versa. A saúde mental, entretanto, amplia as noções historicamente já estudadas pela senda da saúde relacionada às questões de organismo e, assim, aponta para novos desafios ao refletir sobre causalidade, determinismo e probabilística, por exemplo. Nesse sentido, de que prevenção falamos quando discutimos saúde mental? O que estaríamos prevenindo quanto à saúde mental?

O próprio campo da saúde mental é cindido quanto ao objeto de estudo, o que reflete nas distintas maneiras de se pensar a prevenção nesse terreno. Consciente, inconsciente

e comportamento são objetos de estudos diferentes dentro das várias abordagens da Psicologia que repercutem nas modalidades de tratamento, visão de saúde/doença e na própria noção de homem. Essas diferenças se dão assim, tanto no sentido prático quanto no teórico (SANTI; FIGUEIREDO, 2007).

Na origem do termo, prevenção vem do latim e significa tomar a dianteira, passar adiante, antecipar. Ou seja, dispor com antecipação fatores que podem evitar o mal ou algum dano. Quando pensamos na lógica psíquica, essa linearidade não se aplica, uma vez que a temporalidade que opera no psiquismo não é linear e sim dialética. Aqui o determinismo causa-efeito não logra aparecer (FOKUDA, 2014).

Desde os primórdios da Psicanálise, Freud pensava acerca da noção de profilaxia das neuroses. Entretanto, o psicanalista até seus últimos escritos não chega em uma conceituação precisa sobre o assunto e não se detém na análise mais rigorosa dessa temática (NEVES; LIMA, 2019). Isto, no entanto, não nos impede de avançar sobre essa polêmica.

Esse ponto é retomado depois por psicanalistas que vão se dedicar à clínica de bebês e vão passar a repensar essa noção, levando em consideração a temporalidade no desenvolvimento infantil e os conceitos trazidos pela Psicanálise nesse debate.

A psicanalista francesa Françoise Dolto se destaca nesse sentido, por ser uma das pioneiras, tanto na clínica de bebês quanto por tentar responder à difícil pergunta sobre o que seria a prevenção para a Psicanálise. Para Dolto, prevenir significa oferecer uma quantidade de meios possíveis para que se formem relações que ensejem o acesso à verdade de experiências vividas, assegurando-lhe um lugar (PINTO; FARIAS, 2008).

Dolto (1988) aponta que em alguns casos as perturbações tardias resultam da ausência de uma comunicação simbólica precoce e que, alguns sintomas que aparecem nos primeiros meses de vida, tais como dificuldades funcionais, relacionais, retardos psicomotores, por exemplo, são entendidos como a linguagem do corpo que aponta para dificuldades precoces que não foram decodificadas a tempo. A prevenção, para a autora, consiste, portanto, em fazer um acolhimento social precoce que não separe a criança daqueles dos quais ela depende para a sua segurança e a construção de sua identidade.

Teperman (2005) retoma a importância da clínica de bebês nesse processo, quando afirma que a prevenção pode ser entendida como uma antecipação do sujeito. Nesse sentido, a clínica da prevenção seria quando os pais não podem prevenir ou antecipar um sujeito em seu bebê.

A prevenção como pensada em relação à clínica de bebês é conceituada por Laznik (1997) como o reconhecimento de sinais clínicos indicadores de transtornos na

constituição psíquica do bebê, que pode ser seguido por uma intervenção psicanalítica com os pais e o bebê.

Já Crespín (2004) nos lembra de que a noção de posterioridade impossibilita a ideia de cada sujeito ter uma história contínua, com um determinismo linear. Ela retoma Freud, ao afirmar que nem tudo o que é vivido pelo sujeito é remanejado *a posteriori*, mas apenas acontecimentos que não são ligados a uma significância, sob a nomeação de ocorrência traumática. Assim, não seria no primeiro encontro do sujeito que o trauma aconteceria e sim no segundo momento, quando o primeiro ganharia sentido e poderia reorganizar o sintoma. A Psicanálise, portanto, defende o argumento de que não temos como antecipar a maneira como o sujeito lidará com certos acontecimentos da vida. A prevenção não consiste em antecipar o sintoma.

A autora postula o ponto de vista de que, embora a prevenção em Psicanálise não consista em antecipar o sintoma, ela pode propor uma escuta ativa capaz de organizar um lugar de significância. O acompanhamento de alguns casos se justificaria como preventivo no sentido de dar um espaço de liberdade para o sujeito, para que esse possa formular seu problema. A prevenção, nesse sentido, não é de antecipar ou adiantar uma demanda, mas sim de dar condições de possibilidade para sua elaboração.

Crespín (2004), além dessas considerações, defende o entendimento de que o saber do analista transpõe as cenas de tratamento clássico, sendo colocado à disposição de outros profissionais, como os das áreas médicas e da educação, visto que esses são os primeiros a testemunhar as dificuldades precoces encontradas nos pais e nos bebês.

Jerusalinsky (2002), também, contribui no debate, ao apontar que a prática clínica psicanalítica mediante a escuta e intervenções enseja a elaboração de alguns eventos que podem ser ressignificados pelos pais do bebê. A intervenção precoce, nesse sentido, representa um espaço no qual os pais podem se escutar em relação ao que o desejo os implica em seu bebê, dando lugar ao deslizamento na significação inconsciente que o bebê tem. O trabalho no laço pais-bebê se torna essencial para que o bebê possa emergir como sujeito do desejo.

Jerusalinsky (2004), assim como as autoras citadas há pouco, considera a detecção precoce importante. A leitura nas primeiras marcas simbólicas que aparecem no bebê e em suas produções e o jeito como o discurso parental se coloca em atos de cuidados direcionados ao bebê são essenciais nesse processo.

A autora pontua também a importância de indicadores clínicos que funcionem de modo negativo e não na busca de traços patológicos. Isso porque a clínica precoce mostra que

antes de se produzirem manifestações patogênicas em relação à constituição psíquica, algumas produções do bebê que deveriam se apresentar em determinadas etapas do desenvolvimento não se dão. O indicador clínico, nesse sentido, não funciona como um problema a ser resolvido, mas um efeito na forma como o bebê tem se constituído e se colocado no laço com os pais.

Jacinto (2012) considera que a clínica da prevenção privilegia o olhar materno sobre a constituição psíquica do bebê, e a intervenção do psicanalista nesse sentido é de dar suporte ao olhar da mãe para o seu bebê. O corpo do bebê é visto como um espaço de encontro entre ele e o Outro.

Com a experiência da clínica com bebês se tornou possível repensar o conceito de prevenção para a Psicanálise. Não se trata de antecipação de sintomas, tampouco de garantias de ações que evitariam que algo acontecesse, e sim detectar quando algo não vai bem para o bebê, possibilitando uma intervenção que seja a tempo. Todas as autoras citadas também evidenciam o papel do Outro nesse processo e pensando sempre no laço.

A partir dessas premissas, podemos considerar o IRDI como um instrumento com caráter preventivo que se fundamenta na experiência da clínica com bebês. Como um indicador de saúde, ele não patologiza, ou seja, não há diagnóstico envolvido. Não é evitar que um adoecimento futuro aconteça, mas sim detectar sofrimento ou que algo não vai bem na constituição psíquica do bebê. A prevenção para a Psicanálise é “não toda”, uma vez que é interdita pelo fato de saber-se dividida (ROHENKOL, 1999) e nesse sentido o IRDI cumpre seu papel. Atenta também para o lugar do Outro, uma vez que é impossível aplicar o IRDI sem um dos dois, ou a mãe ou o bebê. Existe entre os indicadores espaço tanto para a observação das produções do bebê quanto para a fala da mãe. O compartilhamento da experiência clínica de anos de intervenção precoce também se faz presente nos fundamentos e objetivos iniciais da pesquisa, que são treinar e afinar o olhar de outros profissionais para as questões psíquicas envolvendo o bebê.

A experiência no IPREDE também nos mostrou essa potencialidade do instrumento nesse sentido. Alguns profissionais da instituição fizeram a formação inicial do IRDI e, por mais que não fizessem uso direto do instrumento, foram apresentados à possibilidade de importantes questões na vida de crianças nessas faixas etárias, facilitando o nosso diálogo com esses profissionais. Tivemos importantes evoluções de casos clínicos. Alguns só pela aplicação do instrumento e outros pelo encaminhamento à intervenção precoce.

Nesse sentido, a retomada da discussão sobre a clínica é importante para articulação sobre seu caráter implícito no instrumento. O termo “clínico” está inserido na nomenclatura do instrumento e, ao mesmo tempo ocultado na sigla IRDI. Acreditamos que esse termo não está colocado à toa, uma vez que define uma das suas principais características. O IRDI não constitui um exame, e, para a sua aplicação, precisamos afinar a observação e a escuta e intercalar os indicadores entre si já que são interdependentes. Essa associação só se torna possível graças ao olhar clínico que o instrumento preserva.

Como citado por Kupfer e Voltolini (2008), não existe um consenso na possibilidade de utilização de protocolos clínicos que usam indicadores clínicos, tomando como base a teoria psicanalítica, mas algumas iniciativas estão se dando nesse sentido com o objetivo dialogar com a ciência positiva sem perder de vista as diferenças entre os campos.

O grupo que idealizou a pesquisa IRDI sustenta o uso de indicadores a partir da noção de que:

[...] a presença de um sujeito psíquico só pode ser verificada com base nos efeitos indiretos que ela produz. Assim, a leitura dessa presença de sujeito precisa apoiar-se em sinais fenomênicos que permitam supô-la. Esses sinais podem ser traduzidos em termos de indicadores, a partir dos quais é possível supor como está ocorrendo a instalação de um sujeito, bem como articular essa construção com o plano do desenvolvimento da criança (KUPFER *et al.*, 2003).

Dessa maneira, os autores reiteram que os indicadores foram pensados a partir da utilização de eixos teóricos definidos por meio da noção de constituição do sujeito. Sendo assim, como já dito, para cada eixo existem indicadores fenomênicos que o especificam. Tais eixos foram construídos por um grupo de experts com base no conhecimento produzido teórica e clinicamente na seara psicanalítica. Esse grupo colheu a partir de observações alguns indicadores que eram utilizados no cotidiano da clínica psicanalítica com bebês e que “(...) apresentam, por sua ocorrência frequente e pela casuística com que aparecem, uma plausibilidade clínica, relativa simplicidade de leitura, operacionalidade e transmissibilidade clínica” (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

Para os autores, o indicador funciona como um signo que se articula com os outros dentro de uma rede discursiva ou em uma lógica simbólica e a sua leitura se baseia nos eixos teóricos pelos quais se orientam. Os indicadores, sozinhos, não representam nada, eles precisam ser lidos relacionalmente (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

Os autores ainda apontam o risco de que os pediatras tomem o geral estrutural que organiza os indicadores como mais uma entre outras teorias de classificação de

comportamentos. Ou seja, uma teoria geral que não se articula como o subjetivo de cada caso. Outro risco apontado é o de os profissionais menos alertados tomarem os indicadores dentro de uma relação de causa e efeito e não de acontecimentos e consequências e, desse modo, o instrumento ser utilizado como mais uma teoria entre muitas outras. Esse é outro ponto novo que a Psicanálise traz nesse contexto. “Se, porém o pediatra tomar os indicadores como devem ser tomados, ou seja, apenas como aquilo que indica alguma coisa a respeito de um sujeito, então a saúde pública poderá ser beneficiada.” (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

Nesse sentido, há diferenças discursivas entre a Psicanálise e a Medicina. A Medicina se aproxima cada vez mais de um discurso que busca a objetividade, eliminando e retirando a subjetividade. Esse movimento é contrário ao da Psicanálise, que busca evidenciar a pouca realidade do objeto, subjetivando-o. A estrutura e o sistema do discurso médico excluem o sujeito. E por isso não se trata de esclarecer os médicos sobre essa questão (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

Outro ponto de diferença apontado pelos autores é a noção de sintoma. O sintoma para a Medicina funciona como um signo, uma vez que indica algo para alguém. Já para a Psicanálise, o sintoma também tem essa característica de um signo, ou seja, representa algo para o analista. Ele, entretanto, também tem uma face significativa. Ou seja, ele também está atrelado à existência de alguém. Em razão dessa diferença, a posição do psicanalista frente ao sintoma será de transformá-lo, enquanto a do médico será de retirá-lo ou reduzi-lo (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

O desafio apontado pelos autores no qual o IRDI se faz protagonista é criar possibilidades de intersecção dos dois campos, sem fazer desaparecer suas diferenças ou hierarquizá-los. A aposta seria de criar condições para uma boa tradução entre duas línguas que operam por princípios diferentes (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

Apesar das tensões colocadas pelos autores, existe outro princípio que as junta: a clínica. Dunker (2011) evidencia isto, ao fazer uma arqueologia das práticas de cura, psiquiatria e tratamento. Clinicar tem o sentido e significado de dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos do seu corpo. Ou seja, aplicar sobre esse corpo um olhar determinado e a partir desse olhar desdobrar um conjunto de operações.

Ao fazer uma profunda retomada histórica baseado em outras obras, o autor elenca quatro elementos estruturais pelos quais podemos chamar determinadas práticas de práticas clínicas, sendo esses: a semiologia, o diagnóstico, a etiologia e a terapêutica. Esses elementos precisam ser homogêneos e suas operações covariantes (DUNKER, 2011).

A semiologia é uma concepção sobre a linguagem circunscrita aos signos que lhe dizem respeito. O olhar clínico, portanto, opera por meio de uma redução nominalista. Os signos dentro da prática médica deveriam ser purificados por um olhar. Dentro da clínica clássica, o signo exclui o sujeito (DUNKER, 2011).

Já o diagnóstico seria um ato. Ele precisa de uma organização estável da semiologia para operar. Ele implica uma capacidade de diferenciação sobre o valor e a significação de um conjunto de signos quando aparecem de modo sucessivo ou simultâneo na particularidade de um caso. O diagnóstico também é uma hipótese operativa, ou seja, uma regra de ação, um ato prescritivo dentro do dispositivo clínico. O autor diferencia, entretanto, o diagnóstico da diagnóstica. A segunda tem um modo de funcionamento contínuo, e se desdobra em um diálogo entre o clínico e a doença. A diagnóstica, nesse sentido, funciona como segunda modalidade de objetificação do dispositivo clínico (DUNKER, 2011).

A concepção da etiologia também faz parte da estrutura clínica, ou seja, ela também pressupõe uma teoria de causalidade. A etiologia dispõe de subsídios para a organização de uma patologia fundada em princípios causais comuns dentro de um conjunto regular de signos. Na etiologia, é criada uma teoria sobre o funcionamento do corpo e o reestabelecimento de sua funcionalidade. A etiologia representa a terceira modalidade de objetificação da clínica (DUNKER, 2011).

O quarto e último elemento da estrutura clínica é a terapêutica. Na terapêutica, incluem-se todas as intervenções e estratégias que têm como objetivo interferir na rede causal que constitui a etiologia, conferir o diagnóstico e verificar a semiologia dos signos e sintomas. A ação terapêutica visa a agir sobre a causa (DUNKER, 2011).

Nesse momento do texto, o autor retoma o debate em torno da cura. A noção mais básica de cura é a designação e extinção do processo patológico. Essa ideia, porém, se liga mais a uma interpretação social do termo do que uma noção médica na Medicina moderna. A cura acolhe o resíduo ético. O cuidado de si é uma experiência de produção da verdade, indo além da mera negação do sofrimento. A ideia de cura, historicamente, tem uma proximidade com a noção de cuidado. O autor situa desde a segunda metade do século XIX, quando as práticas de cuidado vão sendo transferidas para auxiliares do médico. “O médico observa e trata, o enfermeiro cuida, o padre cura” (DUNKER, 2011).

Nesse novo modelo médico, temos a diferença entre: o tratamento primário da doença, ou seja, a ação sobre a sua causa; o tratamento secundário sobre o sintoma, correspondente à ação sobre o sofrimento que é gerado pelo sintoma e tratamento genérico do sujeito, que é a atitude de cuidado em torno do doente (DUNKER, 2011). Camargo Jr (1992)

acrescenta que a terapêutica é dividida em: sintomática (supressão de sintomas), paliativa (limitando os danos/desconfortos), “suportiva” (mantendo as condições gerais do paciente) e etiológica (com a remoção da causa original da doença). Dentre os procedimentos executados, estão os medicamentosos, cirúrgicos, físicos e dietéticos, sendo os dois primeiros mais valorizados entre os profissionais (CAMARGO JR., 2005).

Esses quatro elementos (semiologia, diagnóstico, etiologia e terapêutica) fazem parte da estrutura de qualquer prática que se proponha a ser clínica. Elas precisam ser homogêneas e covariantes, ou seja, quando uma muda, as outras são alvo de modificações também (DUNKER, 2011).

Com amparo nessas considerações, a prática médica está se afastando de alguns elementos apontados pelo autor. Algumas disciplinas, como a Psiquiatria, são sustentados pelo autor como uma modalidade cada vez mais afastada do seu caráter clínico, uma vez que existe uma recusa da relação entre etiologia e semiologia (DUNKER, 2011).

A Psicanálise, por obedecer ao princípio da homogeneidade e a covariância dos seus elementos constitutivos, é considerada uma clínica a partir dessas premissas. Sua semiologia, constituída por meio da fala e da linguagem, seu diagnóstico baseado na transferência, sua etiologia tomando como base o inconsciente e a pulsão fundam de fato uma clínica. Existe, porém, no tratamento psicanalítico, uma heterogeneidade, uma vez que o psicanalista não faz sempre a mesma coisa ao largo do tratamento clínico. A clínica, nesse sentido, é um dispositivo submetido a práticas heterogêneas. Dentro da sua estrutura, existe uma ação específica de um método, tendo, entretanto, também, um discurso que legitima esse método em sua razão técnica e política. A Psicanálise, nesse sentido, faz um corte e subverte a clínica clássica produzindo uma nova discursividade.

A clínica moderna compõe uma estrutura e uma forma específica de experiência, e esse conjunto composto por essa experiência e pelo ato se articula em um espaço mais amplo constituído pela ordem médica. A clínica, dentro dessa articulação, faz parte de um processo mais amplo de docilização dos corpos. Nesse contexto, surge um fazer técnico e também legítimo, uma vez que garante o seu saber. A técnica, entretanto, precisa ser independente do desejo do seu usuário. A técnica pode operar por outras vias, entretanto, ela sempre será um instrumento empírico para extrair determinado resultado de modo sistemático e reprodutivo (DUNKER, 2011).

A Psicanálise, por sua vez, não pode prescindir do desejo do analista e do desejo do analisante. A prática médica opera independentemente do desejo do médico, ao passo que a análise depende do desejo do analista para operar. Isso é mais uma subversão que a

Psicanálise faz em relação aos princípios clínicos modernos (DUNKER, 2011). Nesse sentido, como fazer esse reencontro da Psicanálise com a prática médica por meio do IRDI? Seria a retomada da lógica clínica, que, apesar de suas diferenças, poderia encontrar um ponto comum possível de diálogo? Seria o IRDI mais uma subversão, tanto da clínica médica quanto psicanalítica?

Embora se trate de um esforço por parte de psicanalistas de tornar mais ilustrável o abstrato da clínica, o IRDI em suas orientações de aplicação preserva a valorização da clínica ao alternar a noção de causa/efeito para acontecimento/consequência, reintroduz no viés objetivo da clínica médica o caráter subjetivo que obriga o profissional da saúde a considerar o individual de cada caso.

Outro elemento importante nesse contexto é situar os indicadores dentro de uma noção relacional. Os indicadores são interdependentes e necessitam, portanto, ser lidos dentro dessa relação e não de modo separado, exigindo do profissional que aplique um olhar mais amplo e que leve em consideração diversos elementos da relação mãe/bebê.

Checchia (2010) retoma o conceito de dispositivo utilizado constantemente por psicanalistas, quando afirmam que a clínica psicanalítica é um dispositivo. A palavra dispositivo, como retomado por autores citados por Checchia (2010), está tradicionalmente ligada a práticas de governo, de controle e de normatização de gestos, condutas, pensamentos e desejos. Nesse sentido, se a Psicanálise fosse um dispositivo, ela se aproximaria de uma prática normativa e “adaptacionista”. Mais uma vez, a Psicanálise subverte o termo, ao associar o dispositivo à finalidade de liberdade em contraposição à ideia filosófica que associa dispositivo a controle, disciplina, indução de gestos e comportamentos.

Nesse sentido, o IRDI também se contrapõe esses princípios “adaptacionistas” ao não “patologizar” manifestações da relação mãe/bebê. Não existe um modelo específico de maternidade, trocas afetivas e modos de cuidado dentro de uma normatividade que limita essas manifestações. Isso faz com que o profissional da saúde não crie determinados ideais de cuidado mediante os quais muitas mães se veem em sofrimento quando são confrontadas.

O IRDI introduz, portanto, na prática médica, noções importantes pertencentes à clínica psicanalítica. Produz uma mudança discursiva, uma visão mais ampla sobre as relações de cuidado, desenvolvimento infantil, ao introduzir a noção de sujeito do inconsciente. De tal modo, ele não funciona como uma reprodução ou introdução dos conhecimentos da Psicanálise dentro da prática médica pediátrica. Não se trata de ensinar aos médicos conceitos psicanalíticos sobre desenvolvimento infantil e sim produzir um resgate da

dimensão estrutural e organizativa da clínica dentro das práticas médicas, priorizando e garantindo a sustentação da subjetividade e da importância do individual de cada caso.

Esse caráter, entretanto, produz um intenso tensionamento no que se refere à Medicina Ocidental Contemporânea, nomeada como Biomedicina por Camargo Jr (2005). A Biomedicina possui uma racionalidade vinculada à mecânica clássica, onde o todo é compreendido por via da decomposição das partes. A racionalidade biomédica parte de três pressupostos: a produção de discursos com caráter universal, onde são propostos leis e modelos de aplicação geral, ou seja, possui caráter generalizante, não se preocupando com casos individuais; possui caráter mecanicista, onde o universo e seus componentes passam a ser lidos como uma grande máquina sujeita a princípios de causalidade linear; e possui caráter analítico, compreendendo o todo a partir da soma das partes (CAMARGO JR., 2005).

Esse movimento objetivo dentro do campo da Medicina não parte de um caráter isolado, mas faz parte de um movimento mais geral das ciências em busca de objetividade. A sintomatologia desde esse momento não é mais suficiente para caracterizar a doença. Isso promove uma profunda mudança epistemológica na racionalidade médica (FOUCAULT, 1963).

A Medicina Ocidental, a partir desse movimento se transforma em uma ciência das doenças. As proposições que guiam essa ciência, portanto, ficam implícitas em seu fazer. Essas proposições formam uma teoria geral das doenças que não se encontra escrita explicitamente em nenhum lugar, ao mesmo tempo que não gera estranhamento em seus praticantes. Como não são explícitas, também não são estudadas a fundo e tampouco confrontadas (CAMARGO JR, 1999). A centralidade hospitalar na formação dos médicos será fundamental para essa mudança, uma vez que o hospital se transforma em um importante aliado no ensino e pesquisas médicas. Sob essa nova racionalidade, as tecnologias são incorporadas às várias disciplinas da Medicina que se subdividem em cada vez mais especialidades. Essas modificações promovem uma importante mudança também na conduta médica.

A tecnologia opera para que o médico veja o que antes só era possível com a escuta. Nesse sentido, há um deslocamento do escutar para o olhar do médico. Aqui a escuta passa a ter um caráter secundário nas práticas de exames médicos que priorizam o que está sendo visto (FOUCAULT, 1963). A semiologia nesse contexto passa a ser dividida em duas: semiologia armada (com uso de exames complementares) e a semiologia desarmada (que depende apenas do próprio médico). A verdade da doença passa a ser investigada no microestrutural dos tecidos. Deste modo, o diagnóstico passa a ser feito apesar do doente que

passa a representar uma fonte de erros e equívocos do ponto de vista médico (CAMARGO JR., 1999). Essas modificações mostram, portanto, a interdependência dos elementos da clínica como citados anteriormente.

O eixo central da racionalidade médica segue sendo, portanto, a nosologia. A entrada dos exames marcados pela semiologia armada na sua articulação com a semiologia desarmada segue precisando de um olhar clínico que interprete esses dados. Ou seja, por mais objetivos que esses dados se pretendam, a sua utilização é dependente de uma experiência subjetiva atrelada à experiência, fazendo com que o médico retorne ao arcabouço teórico da clínica (CAMARGO JR., 1999). Embora esses quatro operadores busquem um processo de objetificação, é a subjetividade encarnada na interpretação que faz com que eles funcionem efetivamente.

Outro aspecto importante de ressaltar é a relação entre o normal e o patológico que vai operar nessa racionalidade. Canguilhem (1966) coloca essa divisão a partir de uma lógica operativa e não conceitual, ou seja, o que é normal e patológico pode operar de maneira fundamentalmente diferente a partir dos valores das épocas e culturas em que se situam. Essa divisão também provoca efeitos na racionalidade médica, uma vez que a o que é considerado patológico muda, e as estratégias de cura também irão se modificar. O circuito da visibilidade, nomeação e intervenção estarão intimamente ligados aos valores de uma época.

A Medicina ocidental continua se confrontando também entre os limites da generalização e do individual de cada caso, traduzido no dilema entre as ciências da doença e a arte de curar. O eixo explicativo é o que dá o caráter de cientificidade e legitimidade social da Medicina (CAMARGO JR, 2005).

Esses elementos são importantes para refletirmos sobre o ponto de partida da Medicina e como isso se configura a partir das mudanças, a saber, a noção de sofrimento. O sofrimento é a experiência concreta da doença para o paciente que, confrontado com suas impossibilidades de autocuidado, recorre a um especialista. Nessa nova configuração, a visão do médico sobre a doença ou a lesão obstaculiza a compreensão de sofrimento que passa a ser irrelevante, uma vez que mais atrapalha sua conduta do que colabora (CAMARGO JR, 1999). A doença dentro desse registro é o geral, já o sofrimento é uma experiência particular.

Esses pontos são interessantes de serem retomados, na medida em que o IRDI é um instrumento que detecta sofrimento psíquico, ou seja, ele não é referido a doenças específicas ou classificadas. Novamente, apesar de partir de uma premissa geral com o conjunto de sinais que funcionam tal qual o paradigma indiciário proposto por Ginzburg (2007), que nos dão pistas e parâmetros no sentido de chamar atenção para algo que pode

estar acontecendo, o IRDI exige o olhar que junte esses elementos e o coloque como algo a ser decifrado pelo olhar e pela leitura clínica. O profissional de saúde alertado desses fatores tem a oportunidade de ver o que antes não via ou ouvir o que antes não escutava e remeter a um psicanalista para que ele siga essa trilha guiado pelos pressupostos da teoria psicanalítica. Parte-se, portanto, da fala e do sofrimento do paciente em questão no singular de cada caso e não do geral da doença.

O que o grupo que elaborou o IRDI constatou foi que crianças chegavam muito tarde para tratamentos psicanalíticos e o instrumento seria uma forma de armar os médicos para que esses soubessem quando, como e para quem encaminhar. O que é perceptível na clínica com crianças é que muitas vezes os pediatras percebiam que tinha algo ali que não conseguiam mensurar ou nomear e isso evocava uma atitude que Jerusalinsky (2015) denominou como expectante. Ou seja, na medida em que o profissional não conseguia categorizar aquilo que presenciava, escolhia esperar até o momento em que aquilo cessasse ou se solidificasse em algo já classificado, evidenciando como a racionalidade médica prescinde de um diagnóstico para efetivar um tratamento ou encaminhamento. Isso tem efeitos tanto para os pacientes quanto para as outras disciplinas que trabalham com o sofrimento.

O campo da Saúde Coletiva, entretanto, visa a transpor algumas dessas barreiras impostas pela nova racionalidade médica, uma vez que parte da crítica sistemática ao universalismo naturalista do saber médico (BIRMAN, 1991). A partir de uma reflexão constante com outras áreas do saber e se relacionando de forma substancialmente diferente com os aspectos subjetivos do paciente, ele preconiza uma outra abordagem do sofrimento. O corpo, nesse contexto, é compreendido como algo mediado pela linguagem, ou seja, é submetido a uma perspectiva simbólica que vai além da máquina anatomofuncional (BIRMAN, 1991).

Nesse sentido, acreditamos que o IRDI pode contribuir a partir do diálogo com a Saúde Coletiva para a visibilidade dos fenômenos envoltos dos primeiros momentos de vida da criança e sua relação com o entorno.

Importante é ressaltar nessa discussão que o instrumento nasce do também tensionamento entre o geral e o singular, uma vez que busca traduzir a experiência clínica baseada na especificidade dos casos, em indicadores que visam à aplicação nos variados públicos. Não entra, entretanto, na lógica classificatória das doenças, mas permanece no campo do sofrimento identificado por meio do corpo do bebê, ou seja, não é um instrumento diagnóstico, mas sim semiológico. Ao tomar isso como problema, mostra um movimento de encontro e revalorização do entendimento do sofrimento e, conseqüentemente, a retomada da

lógica do signo a ser investigado, abrindo dentro do campo médico um raciocínio que tolera o incômodo do saber não todo, ou seja, da dúvida.

#### **4 A EXPERIÊNCIA IRDI NO IPREDE: ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS**

Neste segmento temos como objetivo, por meio de vinhetas de aplicações do IRDI, pensar se, e em caso afirmativo, de que forma, os aspectos psicossociais relacionados à pobreza podem sobredeterminar os modos como a maternidade é exercida e como isso incide sobre os bebês.

Como foi dito na apresentação deste experimento, o IPREDE já vem investigando há algum tempo as condições intersubjetivas e sociais sob as quais as crianças crescem e se desenvolvem. Nessas investigações, foram apontadas algumas questões relacionadas à figura dos cuidadores principais dessas crianças, que em sua maior parte são as mães. Tanto a pesquisa CVS de 2007 quanto a pesquisa de 2017 apontam, de modo quantitativo, a violência intrafamiliar (mensurada pelo instrumento BrasilSAFE) e problemas de saúde mental materna (medida pelo SRQ-20), principalmente sintomas e pensamentos depressivos, como dois grandes problemas a serem enfrentados na assistência a essas famílias.

Essas questões, dentre outras, não aparecem exclusivamente nesses estudos, embora elas consigam nos dar maior dimensão da problemática, no contexto da qual também estamos inseridas. Elas aparecem também constantemente no cotidiano clínico da assistência a essas famílias nos mais diversos setores, em especial, no setor de assistência social. Com o setor de detecção e intervenção precoce não é diferente.

De efeito, objetivamos, neste capítulo, discutir as principais questões levantadas e relatadas por famílias que vivenciam situações de pobreza e vulnerabilidade social e como comparecem elas na experiência de maternidade entre os cuidadores e as crianças pequenas. Recorremos a alguns casos que foram acompanhados no decurso de meses de aplicação do IRDI para trazer essas questões, uma vez que foi por meio desses atendimentos que nos aproximamos das narrativas de sofrimento relacionadas a tais problemáticas. Nesse sentido, o IRDI, ao investigar a constituição psíquica e o risco para o desenvolvimento, nos pareceu um importante instrumento potencializador da escuta materna. Como dito anteriormente, o sofrimento psíquico da criança nem sempre corresponde ao sofrimento psíquico da mãe, entretanto, ao falar sobre seu filho, as mães viam ali uma brecha para falar de si mesmas por intermédio da criança e, assim, falar sobre as seus medos, angústias e preocupações, e contar suas histórias de vida. Na aplicação do IRDI, a fala materna é condição de possibilidade para sua efetivação. Não é possível aplicar o instrumento baseado apenas na fala da mãe, tampouco apenas nas produções da criança. É no cruzamento desses dois elementos que é possível indicar a possibilidade de um risco para a interrupção do curso de desenvolvimento de uma

criança. Dessa maneira, o risco psíquico detectado na criança sempre vai ter algo da fala materna implicado.

Uma vez que temos o ambiente como algo essencial para o desenvolvimento infantil, existem especificidades da maternidade em situação de pobreza? Se sim, quais são? Isso comparece nas relações de cuidado com os filhos?

#### **4.1 A aplicação do IRDI no IPREDE**

Como exprimimos na apresentação desta tese doutoral, o IRDI começou a ser aplicado no IPREDE em dezembro de 2012. Descrevemos um pouco do seu processo de adaptação e instalação na instituição no capítulo anterior. Aqui, nos centramos em relatar como atualmente ele integra a rotina da instituição a partir de dados importantes para a compreensão geral do que trazemos a seguir.

A aplicação do IRDI no IPREDE funciona como acompanhamento. As crianças que entram na instituição contando menos de dezoito meses passam a integrar o setor. Não usamos nenhum critério de exclusão de aplicação no IPREDE, além da delimitação da faixa etária proposta pelo próprio instrumento. Dessa maneira, aplicamos o IRDI em pacientes prematuros, com problemas no desenvolvimento, com mãe com diagnóstico de alguma psicopatologia, etc. O olhar clínico, entretanto, sempre permitiu que fôssemos além dessas categorias fixas, possibilitando uma inclusão subjetiva sobre esses processos.

Os nomes citados são fictícios para preservar a privacidade dos pacientes. A coleta desses casos foi feita via pesquisa de prontuários. Os casos foram escolhidos pela representatividade das questões que mais apareceram durante esses anos. Casos nos quais têm curso violência, pobreza, falta de recursos básicos, vergonha, apatia e cansaço estão descritos aqui com suporte nos elementos que acompanharam as mães em seus discursos ouvidos durante e a partir da aplicação do IRDI. Uma vez que o instrumento perpassa a relação, é possível analisar quais são os elementos mais hegemônicos que aparecem nesse contexto. Antes, todavia, de trazer as vinhetas, é interessante compartilharmos algumas observações gerais qualitativas da aplicação do IRDI no IPREDE.

#### **4.2 Considerações sobre aplicação do IRDI em contextos socialmente vulneráveis**

Antes de trazermos as vinhetas de atendimentos, coletamos alguns elementos que apareceram de maneira mais geral nas aplicações do IRDI no IPREDE, de modo a

compreendermos as relações entre a aplicação do instrumento e o contexto onde ele estava sendo aplicado. Como este não conforma um estudo comparativo, não temos como objetivo afirmar que os indicadores aqui citados se diferenciariam se fossem aplicados em outro contexto. Como, porém, tivemos a oportunidade de escutar as famílias, podemos fazer algumas indagações e estabelecer algumas hipóteses acerca das especificações da aplicação do IRDI em contextos socialmente vulneráveis. Ou seja, refletimos aqui sobre a sensibilidade do indicador em relação ao ambiente que precede à a relação entre a mãe e o bebê.

Dessa maneira, algumas situações não podem ser ignoradas quando aplicamos o instrumento. A maioria dessas crianças mora com outras pessoas além dos pais, e elas vivenciam uma lógica comunitária diferente do âmbito mais privado da família nuclear. Várias das crianças moram com a mãe, pai, irmãos e a família mais extensa. As mães mais jovens, em sua maioria, residem com as mães, avós da criança, e junto a elas os tios, primos, cunhados etc. Adiciona isso também o fato de as casas nas comunidades serem muito próximas umas das outras. A criança em seu primeiro ano de vida, possivelmente, vai conviver com várias pessoas, algumas mais regularmente, outras menos. O indicador 18 (A criança estranha pessoas desconhecidas para ela) precisa ser visto nesse contexto. A maioria das mães entende o estranhamento da criança quando ela chora ao ver desconhecidos, e conviver com pessoas diferentes faz parte da maioria das vivências dessas crianças. Isso não quer dizer que a criança não diferencie o rosto da mãe em relação a outros rostos, mas que esse indicador é perpassado por um obstáculo quando não existe uma compreensão precisa por parte da mãe sobre o que é estranhamento.

O indicador 18 pertence ao eixo teórico clínico da função paterna. Segundo Pesaro (2010), o estranhamento é resultado do processo de simbolização da função materna, ou seja, possibilita o aparecimento da mãe real para o bebê. O estranhamento do bebê, traduzido pelo choro ao encontrar outros rostos que não o da mãe, indica o afastamento dela. O não estranhamento, nesse sentido, significa uma falha na relação objetal, a mãe não conseguiu ter uma consistência para o bebê, e ele não pode simbolizá-la (PESARO, 2010).

A falta de estranhamento é vista, nessa perspectiva, como um ponto positivo por parte das mães, que falam, orgulhosas, que seus filhos não estranham. Quando a criança não estranha mais, ela pode ficar com outras pessoas, deixando a mãe mais livre para outros afazeres. Isso era visto, também, quando a criança ia com facilidade para o colo do aplicador. O estranhamento, todavia, nem sempre vem acompanhado pelo choro, talvez por isso nem sempre era detectado como um estranhamento de fato por parte da mãe.

O indicador 22 (A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada), que versa sobre a variabilidade alimentar da criança, também precisa ser considerado nesse contexto, uma vez que essa variação não era possível para diversas famílias. A situação socioeconômica leva diversas mães a prolongarem o período de amamentação, uma vez que não existe custo financeiro direto nessa prática. A insegurança alimentar é vivida por grande parte das famílias que frequentam o IPREDE.

Esse indicador está no eixo teórico do estabelecimento da demanda, embora possa ser situado também na alternância presença-ausência, ou sobre os efeitos dela. O aceite da alimentação que não o leite materno representa também, do lado da criança, sinais da sua entrada no campo do Outro cultural. A alimentação sólida coloca a criança em uma posição mais ativa de procura. Já do lado da mãe, a oferta de outros alimentos a situa numa posição de incompletude, uma vez que a criança passa a não depender exclusivamente dela para se alimentar (PESARO, 2010).

Aqui refletimos também sobre as incidências da cultura nessa relação. A amamentação é algo que é sentido pelas mães como garantia de um símbolo de dom, algo que elas podem oferecer mesmo nas condições mais adversas possíveis. Do lado da criança, é um dos poucos momentos em que há só os dois envolvidos, onde ele vivencia uma experiência de exclusividade com a mãe, além de permanecer em uma posição passiva por mais tempo.

As problemáticas alimentares apresentadas pelas crianças do IPREDE já foram debatidas com base em distintos campos de atuação. Do ponto de vista psicanalítico, Carvalho, Lima e Martins (2013) apontam, a partir de estudos de casos atendidos na instituição, que a recusa alimentar aparece como um sintoma para essas crianças que rejeitam qualquer alimento que não seja por meio da amamentação, demonstrando uma dificuldade em renunciar a esse objeto e operar substituições possíveis para o leite. A alimentação é uma experiência fundamental no processo de subjetivação da criança. Essas primeiras trocas alimentares entre a mãe e a criança já são apontadas desde Freud (1895) como uma importante etapa da constituição psíquica. O fenômeno da desnutrição não há de ser visto apenas do ponto de vista orgânico ou da falta da objetividade do alimento. O alimento, como apontado por Carvalho, Lima e Martins (2013), é signo de prazer ou de sua falta na relação entre a mãe e o bebê. Os impasses alimentares, nesse sentido, precisam ser vistos sob uma perspectiva mais ampla, levando em consideração os aspectos subjetivos envolvidos.

Como o indicador 22 (A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada) está dentro do eixo teórico do estabelecimento da demanda, é importante estabelecer um entendimento, levando isso em consideração. Martins *et al* (2016) constatam que, ante o

desamparo e a precariedade de suas vidas, o pedido da criança pode ser contabilizado como um excedente, algo impossível de responder. Assim, quando a mãe não consegue transformar o gesto da criança em algo significativo, a criança, por sua vez, se recusaria à alimentação para tentar salvaguardar seu desejo.

Em famílias mais numerosas, também, era difícil analisar o indicador 31 (A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios). Foi relatado por diversas mães que a criança não tinha objetos separados, era tudo compartilhado entre os irmãos, inclusive roupas, sapatos etc.

O indicador 31 é referido ao eixo teórico da função paterna. Aqui também está implicada a operação de separação da criança em relação ao seu Outro primordial. Indica, também, segundo Pesaro (2010), para uma estruturação da ideia de Outro para o bebê e o indicio do surgimento do “e”, ou seja, o sujeito e o Outro. Essa operação permite que o sujeito se separe do Outro. Esse indicador também está relacionado ao estágio do espelho. Quando a criança sabe o que é seu, ela, conseqüentemente, sabe o que é da mãe ou da ordem materna e o que é do pai (PESARO, 2010).

No caso das famílias atendidas, precisamos pensar se são as relações mediadas pela posse que está na base da constituição das relações simbólicas com os objetos. O objeto pertence a mais de uma outra pessoa em específico, e, assim, pode perder esse caráter de representação ou simbolização para a criança. A pouca consistência de uma figura paterna para a maioria das famílias também influencia nesse resultado.

O indicador 29 (A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos), como já citamos, foi uma grande questão para os aplicadores, e por isso o deixamos por último. Destacadamente, como foi visto no gráfico do capítulo anterior foi o indicador com maior ausência. A maioria dos casos atendidos na intervenção precoce era de crianças com atraso na linguagem, o que foi detectado, principalmente, por esse indicador.

Também relacionado ao eixo teórico da função paterna, o indicador 29 aponta, segundo Pesaro (2010), para o pedido de nomeação que a mãe faz ao filho, saindo aos poucos do afã interpretativo dos primeiros e necessários cuidados com o bebê. Aqui a mãe, ao assumir também seu lugar de falta, passa a questionar a criança, pedindo que nomeie as coisas e seus desejos, não se contentando apenas com gestos. Nesse sentido, a mãe começa a confrontar o filho com as leis da linguagem onde cada coisa tem seu representante na língua, e que usar sons aleatórios para denominar objetos não é suficiente. A mãe, assim, introduz a

criança no pacto de nomeação, onde os sujeitos em coletivo reconheçam o mesmo objeto a partir de uma palavra específica (PESARO, 2010).

Nesses casos, é exigido um investimento a mais, tanto da mãe quanto da criança. A mãe precisa confrontar a criança, ensinar-lhe os nomes dos objetos, mostrar objetos, associar aos nomes, dar sentido a eles. Por parte da criança, ela precisa aos poucos nomear, aprender de forma ativa o nome dos objetos para participar do pacto comum da linguagem e, assim, se comunicar com outros que não apenas a mãe ou cuidadores próximos. Essa exigência, muitas vezes, vai de encontro à apatia que muitas mães apresentam, que ora se aproximam de esgotamento físico e outras de emudecimento relacionadas, por exemplo, a depressão. Dauer e Martins (2015) desdobram a recusa alimentar e relacionam com o atraso da fala em crianças desnutridas. Também baseadas em estudo de caso clínico da instituição, as autoras situam que, além dos quadros de desnutrição, intercorrências no campo da linguagem também são observadas. O que está em jogo no processo e nas trocas alimentares citadas acima, analisado em sua dimensão simbólica, também pode ser visto nos processos de pensamento e de linguagem. A relação entre o prazer/desprazer envolvidos nas trocas entre mãe e filho pode se refletir tanto nas trocas alimentares quanto na dimensão da linguagem.

A pesquisa realizada, também na instituição, por Martins *et al* (2016), mostrou, a partir da aplicação da Avaliação Psicanalítica aos três anos – AP3, que essas problemáticas permanecem também a longo prazo, ou seja, o que era percebido por volta dos dezoito meses de vida da criança tinha desdobramento aos três anos. Aplicado no terceiro ano de vida das crianças que frequentavam a instituição, os autores nelas constataram um brincar empobrecido dotado de uma linguagem gestual e de uma fala com poucas palavras. Do lado das mães, foi observado o silenciamento, aparência desvitalizada acompanhada por uma narrativa truncada, na qual os autores hipotetizam o afeto e a vergonha de si mesmas.

Nesse sentido, cabe refletir sobre o que acontece entre esses períodos e faixas etárias marcados pelo IRDI, que fazem com que uma criança que inicialmente não estava em risco passe a estar. Os dois primeiros eixos teóricos, a suposição de sujeito e a alternância presença-ausência não pareciam ser um problema nas aplicações feitas. Os momentos iniciais das vidas dos bebês não pareciam ser vivenciados com grande pesar pelas mães, apesar de muitos serem resultados de gravidezes não planejadas e já pertencerem a uma prole mais extensa. Em muitas situações de observação clínica, as mães expressavam modalidades tímidas de interação e interesse no bebê de poucos meses. O mesmo acontece, as interpretações em relação às manifestações do bebê, também. Os ritmos também se mostravam naquela relação. Embora as mães não pudessem se dedicar integralmente ao bebê

pequeno, dormir a noite toda, esperar entre mamadas não parecia também ser um problema nem para as mães nem para os bebês. As interações e os cuidados iniciais, portanto, não pareciam, no entanto, ser suficientes quando a criança vai crescendo e ampliando seus desejos e repertórios.

Portanto, algo acontecia quando os bebês iam ficando maiores e os impasses se apresentavam nos indicadores relacionados aos dois últimos eixos, ou seja, no estabelecimento da demanda e na efetivação da função paterna. Esses dois eixos se cruzam e mostram suas dificuldades de operação, principalmente no fenômeno de atraso em relação à linguagem falada e nas operações simbólicas dessas crianças. Os impasses também acontecem no corpo, precisamente nos sintomas relacionados à desnutrição. A aquisição da marcha por volta dos doze meses também não passa despercebida nesse contexto. A criança passa a explorar mais o ambiente, se colocando muitas vezes em situação de risco e exigindo uma atenção constante por parte da mãe.

Rosa (2016) aponta que nos atendimentos clínicos de crianças e adolescentes é muito comum constatar o silêncio dos pais referente às inúmeras questões fundamentais da história da criança e da família. O não dito, entretanto, não fica sem efeitos na vida da criança. Nesses casos, ela fica submetida aos efeitos da supressão de significantes fundamentais para dar continuidade à constituição subjetiva. Existe uma transmissão do não dito mesmo à revelia dos pais que evitam falar de suas mazelas, próprias e familiares. Assim, os não ditos parentais têm o poder de retornar nas fantasias repetidas ou nos atos das crianças. A criança, por sua vez, impossibilitada de se haver com o enigma e produzir a própria resposta, corre o risco de se identificar e se deixar capturar pela versão dos discursos dos pais, produzindo a repetição de algo desse desejo não elaborado dos pais, mas que estão presentes em seu discurso. O filho, dessa forma, fica impossibilitado de articular seus saberes, fazendo sintoma, recalando ou inibindo a possibilidade de conhecer e aprender, ou acaba repetindo e transformando os não ditos em atos ou sintomas.

Nesse contexto, a autora aponta, a partir da clínica, dois efeitos dos não ditos nas histórias sobre atraso do desenvolvimento e a repetição de modo descontextualizado do não dito nos pais nas crianças. A autora constata que as crianças também participam dos não ditos. A criança, por meio das vicissitudes do seu processo de constituição subjetiva, não quer saber, mantendo-se numa posição ignorante em relação ao seu próprio desejo. Nesses casos, a criança confirma o personagem criado e imaginado pela mãe, ficando preso a ele, mas pagando o preço dos déficits de desenvolvimento. A criança, nesses casos, em busca da

garantia do amor materno, fica presa ao discurso da mãe e se mantém alheia à castração (ROSA, 2016).

A tese que Rosa aponta (2016) nos ajuda a compreender algumas das questões suscitadas. Os bebês vinham demonstrando um considerável bom desenvolvimento até serem confrontados ou exigidos de algo a mais. Nessas faixas etárias, a criança tanto convoca quanto é mais convocada pelo meio social. As mães também passam a ser exigidas pelo meio social de outras maneiras. Nesse sentido, é mais exigido por parte da mãe e da criança outro conjunto de posicionamentos, que as obrigam a sair daquele momento inicial. As crianças, com efeito, muitas vezes, se recusam a sair daquela situação, uma vez que a posição de bebê lhes parece mais vantajosa. A apatia por parte das mães também aparece como um empecilho a essa nova etapa que se inscreve na relação. Nesse sentido, é como se um pacto silencioso acontecesse entre a mãe e o bebê. Na ausência de um apoio social, a relação entre a mãe e a criança se fecha em si mesma, evitando, de certa forma, o cenário precário que lhes é apresentado. O silenciamento e o emudecimento que testemunhamos nos atendimentos, também, fazem parte da relação entre a mãe e o bebê, que ficam à deriva ante inúmeros não ditos sociais e familiares, tais como o tabu da fome e a desnutrição que retificam um lugar de vergonha.

A manutenção do silêncio vai na contramão do que Dolto (1971) e outros psicanalistas de bebês e crianças pequenas defendem, ao afirmarem que a criança tem direito a saber sobre a verdade de sua família. Para essa e outros psicanalistas, a palavra funciona como algo que atenua os efeitos traumáticos que acompanham potencialmente cada nascimento. Cada criança tem o direito de ouvir e saber de onde vem e de quem vem com vistas a melhor dominar o sentido de sua existência (SZEJER, 2016).

Emudecidas pelas inúmeras dimensões traumáticas, fica impossível ou muito difícil apresentar o mundo por meio dos recursos psíquicos e simbólicos acessíveis a sua realidade.

Abraham e Torok (1972) dissertam sobre o encontro de bocas vazias para conceituar introjeção. Os autores, baseados na teoria ferencziana, afirmam que a introjeção tem início a partir da experiência do vazio da boca, duplicada na presença materna. O vazio é experienciado pela criança no primeiro momento por meio de gritos e choros, depois pelo apelo, até finalmente fazer surgir a linguagem. Ou seja, esse processo se dá desde a boca cheia de seio para a boca cheia de palavras, passando antes pela experiência da boca vazia. Isso só pode ser operado pela presença de uma mãe que possua linguagem. A palavra, então, pode substituir a presença materna, dando lugar a novas introjeções. Segundo os autores, “[...] introjetar um desejo, uma dor, uma situação, é fazê-los passar pela linguagem numa

comunhão de bocas vazias”. Para essa passagem acontecer é necessário que a presença do objeto dê lugar à apreensão de sua ausência.

Há casos, quando a introjeção é obstaculizada, quando a lacuna não é ocupada por palavras, a fantasia de incorporação aparece nesse lugar como alternativa. Nem todo caso de perda origina uma incorporação, apenas aqueles em que a introjeção, ou seja, as falas da introjeção, não possibilita sua comunicação ou que não podem se confessar como perdas. As palavras não ditas, as cenas que não puderam ser lembradas, assim como o traumatismo, são “(...) engolidos e postos em conserva”. Na clínica, a incorporação aparece como algo vergonhoso para o sujeito (ABRAHAM; TOROK, 1972). A passagem do apelo para a boca cheia de palavras aparece como um desafio, na medida em que o cuidador, que deve encher a boca da criança de palavras, aparece silenciado, com a boca vazia. Como encher a boca da criança com palavras, quando a da mãe está vazia?

Outro eixo de importante reflexão é pensar o papel do aplicador no contexto clínico-institucional. Como dito anteriormente, o IRDI, além do caráter detectivo, permite intervenção de alguns casos. A abertura do espaço de fala das mulheres, do *locus* de observação do bebê, produz alguns efeitos nessas famílias que pudemos observar em seus discursos quando voltavam para as aplicações subsequentes. Falas como “olha, agora ela está falando mais palavrinhas do que da última vez que veio aqui”, ou “percebi que ela tem um brinquedo preferido” apareceram em alguns momentos. Outras vezes nos procuravam para conversar sobre outras coisas. O espaço de interlocutor, em vez de alguém que lhe diz o que fazer, favorece que essas famílias saiam do lugar de silenciamento e emudecimento.

Traremos a partir de agora algumas vinhetas de aplicação do IRDI no IPREDE a fim de ilustrar algumas questões já colocadas e outras que advêm a partir do momento em que escutamos essas famílias e nos aproximamos de seu contexto. Os primeiros parágrafos das vinhetas são relativos aos dados objetivamente coletados no início da ficha. Os seguintes versam sobre a observação clínica durante a aplicação.

Os casos foram escolhidos de acordo com a representatividade e ao mesmo tempo a partir da potencialidade de trazer diferentes fragmentos envoltos da maternidade em situação de pobreza. Foram escolhidos casos que abordam pontos distintos: conflito conjugal, proximidade com situações de violência, cansaços, quantidades de filhos, ausência e presença de apoio, modalidades de enfrentamentos, dentre outros.

#### **4.2.1 Heloísa e Maria**

Heloísa e Maria chegaram para a aplicação do IRDI pela primeira vez quando Heloísa tinha três meses de vida e foi aplicado o IRDI referente à primeira faixa etária, onde deram todos os indicadores presentes. Heloísa nasceu prematura (24 semanas e com 1,305g) e é a terceira filha do casal. A mãe possui ensino médio completo e tinha 34 anos na ocasião da primeira aplicação.

Heloísa e Maria trocaram olhares durante a aplicação, sorriram bastante até que Heloísa se irritou um pouco e logo Maria conseguiu colocá-la para dormir. Quando a neném dormiu, Maria contou um pouco da sua história. Disse que foi criada dentro de um orfanato. Tem boas lembranças do abrigo e amigos que lá fez e que chama de irmãos até hoje. Aos 19 anos casou com o pai de suas três filhas (11 anos, 7 anos e 3 meses). O marido de Maria é usuário de drogas ilícitas e faz uso dentro de casa, na presença das filhas. Essa situação era um problema constante para o casal, uma vez que o marido já havia se endividado por conta disso, vendido coisas de casa, entre outras ações condenadas pela esposa. Já tinha feito acompanhamento no Centro de Apoio Psicossocial - CAPS e sido internado em instituições algumas vezes. Maria conta com a ajuda da sogra para contornar essa situação. A avaliação dos indicadores não deu ausências nessa faixa etária.

Maria descobriu já ao longo do casamento o uso de drogas por parte do marido. Depois constatou que ele sempre usara, ela que não tinha reparado. Essa situação com o marido a deixa vulnerável em relação a violência, uma vez que, ao ameaçar o marido, as facções também ameaçam o mínimo de bem-estar da sua família. Maria consegue apoio por parte da família do marido. Embora envolta de preocupações, Maria, na presença de Heloísa, se alegra a partir das manifestações da bebê.

Na segunda aplicação, Heloísa contava oito meses de vida. Chegou na sala bastante sorridente e interativa. Maria conta que o marido estava internado para tratar o vício das drogas. A situação financeira da família estava bastante crítica. O marido permanecia com dívidas por drogas, estavam sem luz e frequentemente faltava dinheiro para comprar alimentos. Na terceira faixa etária, dois indicadores deram ausentes (18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela e 22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada). O indicador 18 colocamos ausente baseados no relato da mãe e o 22 a mãe admitiu que oferece pouca variedade para a criança.

Esses dois indicadores, como dissemos anteriormente, têm um elevado percentual de ausentes nas aplicações feitas no IPREDE. Heloísa era constantemente cuidada por outras pessoas, incluindo a irmã e a avó. Maria precisava também cuidar do marido, o que às vezes a impedia de se dedicar mais à Heloísa. As irmãs mais velhas também auxiliavam nos cuidados,

inclusive, acompanhando Heloísa nas consultas do IPREDE. O indicador 22 também pode ser considerado um indicador dos limitados recursos financeiros. Aqui é importante ressaltar que a mãe não relata recusa por parte da filha, mas diz que ela mesmo não oferecia outros alimentos.

Na terceira aplicação, Heloísa tinha 13 meses e foi acompanhada pela mãe e irmã. Maria relata que o marido foi morar no interior do Maranhão com a família. Tinha interrompido o tratamento e voltado ao uso abusivo de drogas ilícitas. Levou a filha mais velha, pois ela estava apresentando sintomas de depressão. A família continuava em situação de extrema vulnerabilidade social, dependendo de favores de vizinhos e familiares. Heloísa, durante a aplicação, brincou bastante na sala com a irmã e explorou muito o ambiente. Ainda não estava andando e falava pequenas palavras como “mama” e “dá” mas ainda não nomeava objetos. Dois indicadores deram ausentes nessa faixa etária (29. A mãe começa a pedir a criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos e 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios).

Aqui também são dois indicadores já citados que nos apontaram questões em relação à aplicação na instituição. Heloísa nasceu prematura, mas teve um avanço considerável do desenvolvimento nos primeiros meses de vida, recuperando-se rapidamente das condições de nascimento. Maria encontra como estratégia para lidar com as dificuldades se afastar fisicamente do marido, deixando que a família dele preste os cuidados a que anteriormente tinha se dedicado. O afastamento, entretanto, também se deu por ameaças constantes. Maria era constantemente assombrada pela possibilidade do que os membros de facções poderiam fazer com o marido. Esse afastamento, contudo, deixou Maria um pouco mais tranquila, tendo implicado também o afastamento da filha mais velha, apesar de relatar que se falavam todos os dias pelo telefone. Isso não era entendido por Maria como uma escolha, mas como algo que precisava ser feito. Maria não relatava com pesar sua situação, embora a vulnerabilidade a deixasse com medo de não ter condições de prover o básico para si e para as filhas. Heloísa não aparecia como uma preocupação para ela, que continuava muito orgulhosa e animada com as conquistas da bebê.

Maria foi criada dentro de um contexto de abrigo. Não conheceu seus pais e possíveis irmãos biológicos, entretanto montou uma rede de apoio no lugar no qual cresceu. Ao sair do abrigo, montou sua própria família e sem imaginar, acabou envolvida num contexto marcado pela violência urbana que gerou por consequência um quadro familiar de extrema precariedade, uma vez que sofriam de insegurança alimentar. Maria tem seu sofrimento reconhecido pela família do marido que lhe presta apoio quando possível. A filha

pequena não aparece mais como preocupação, uma vez que apesar no início de vida difícil vem se desenvolvendo bem. Entretanto, considerando o melhor para a filha mais velha, aceitou o distanciamento físico da mesma. Esse é um relato constante em mães em situação de pobreza: na ausência de possibilidades de escolha, acabam por se ver em situações que provocam sofrimento considerando o melhor para os filhos. As preocupações de Maria estão relacionadas ao afastamento da família desse contexto de violência e a sobrevivência material. Para isso, conta com o apoio institucional e da família do marido. Facilmente encontra no momento da aplicação um lugar para contar sua história de vida e das dificuldades que tem passado. Não perde a filha de vista, se orgulhando de suas conquistas. Essa alegria, entretanto compete com uma intensa preocupação e responsabilidade com a família.

O fato de Maria encontrar apoio tanto familiar como institucional parece modificar sua relação com o momento de vida no qual tem passado. Mostra-se constantemente preocupada, mas encontra brechas e permanece tentando encontrar a melhor solução possível para o momento que tem passado.

A violência urbana e o problema com drogas e facção é uma realidade concreta na qual embora não seja responsável, Maria tem que lidar para proteger sua família. Os apoios que recebe não são estatais, o que faz com que a mesma tenha que tomar decisões difíceis e sofra com as consequências disso. Essas decisões difíceis das quais falamos impactam diretamente as relações familiares, como o afastamento do marido e da filha e a solidão de cuidar sozinha das duas filhas menores. Apesar desse contexto, Maria parece conseguir proteger a relação com a filha, que vem se desenvolvendo bem e se mostrando bem vinculada, que pode ser identificada pelos indicadores nas primeiras faixas etárias. Isso, entretanto, parece vir com um custo psíquico para a mãe que faz o possível para separar os momentos de preocupação com os momentos de cuidado. Apesar de muito empolgada com as conquistas da filha, não exige tanto da mesma ao, por exemplo, seguir aceitando o apontamento no lugar da linguagem. O contexto supracitado aparece discretamente nos indicadores aplicados, tornando necessária essa leitura por parte do aplicador para que o mesmo não responsabilize unicamente a mãe por essa situação, colocando novos desafios e preocupações com a qual tem que lidar.

#### ***4.2.2 Roberta e Gisele***

Roberta e Gisele chegaram para a aplicação do instrumento quando Roberta já tinha 18 meses de vida e, por esse motivo, só foi realizada a aplicação na última faixa etária.

Roberta é a terceira filha de Gisele. Gisele fez até a oitava série do ensino fundamental. No momento da aplicação contava 21 anos.

Roberta chegou, acompanhada pela mãe e uma irmã de três anos de idade. Gisele demonstrou alguma apatia e irritada com a filha mais velha. Roberta choramingou algumas vezes pedindo o peito da mãe, que tentava distrair a criança com a apresentação de outros objetos, mas logo cedia a amamentação. Roberta mamava por alguns minutos e logo soltava o peito da mãe. Fez esse movimento algumas vezes, só se soltando um pouco mais no final da aplicação. Brincou com carrinhos, imitou o som que fiz com a boca. Mais no final do atendimento pegou o chocalho e colocou no braço me dando *tchau*. A mãe afirmou que ela faz isso em casa com a bolsa dela.

Foram quatro indicadores ausentes: 25. A mãe oferece brinquedos como alternativa para o interesse da criança pelo corpo materno. Gisele afirma que dá sempre o peito quando a criança pede. 26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede. Gisele afirma que faz o que a criança quer. 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para as crianças. Gisele afirma que não coloca nenhuma regra para a criança, relata que deixa Roberta bater nela e no pai. E o indicador 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios. Gisele pontua que acha que a criança não percebe isso ainda.

Gisele não parecia à vontade no atendimento. Na verdade, não parecia ter a mínima vontade de estar ali. Ela ia de um atendimento para outro de forma mecânica. Falava pouco e não parecia ter energia para acompanhar o movimento das filhas. Aqui, como não aplicamos o instrumento nas faixas etária anteriores, não tivemos como acompanhar de forma mais prolongada as duas. Roberta, por sua vez, embora ficasse animada com os brinquedos da sala e com a possibilidade de brincar com a irmã, logo voltava a pedir o seio da mãe. A presença do indicador 29 chama atenção. Apesar de várias ausências no campo do estabelecimento da demanda e da função paterna, Roberta já dava indícios do uso da palavra e da simbolização por meio das brincadeiras.

Um só atendimento não foi possível para que nos aproximasse da história da família e compreendêssemos melhor essa apatia de Gisele, assim como seu silenciamento. Escolhemos esse caso, entretanto, pela apatia na mãe. Dentre outros casos atendidos no IPREDE, a apatia materna chama atenção. Gisele é uma mãe jovem, com aparência física de mais idade, com três filhas de um mesmo relacionamento. As produções das crianças não mobilizavam expressões de prazer e alegria na mãe. Gisele parecia não ter energia nem disposição para negar ou colocar limites nas filhas. Não se tinha também qualquer referência

de apoio social àquela família. Chegar à compreensão da situação familiar era difícil, uma vez que Gisele não falava muito sobre a sua situação.

Gisele se mostrava mais à vontade no acolhimento no IPREDE, quando conversava com outras mães da instituição e as crianças ficavam mais entretidas com as outras.

Nesse caso, além da aparente apatia e falta de energia da mãe para lidar com a filha, a mesma não encontrou ali um espaço para falar sobre sua história e seus impasses, preferindo a descontração do acolhimento. Não há relatos de violência ou de situações precárias, embora no prontuário apareça a dificuldade financeira. Isso, entretanto, não se torna queixa ou demanda no contexto da aplicação do IRDI. O tempo de aplicação é curto, mas Gisele era uma mãe que já estava na instituição desde a primeira filha e até então não tinha construído um vínculo de confiança com a equipe.

Teve quatro indicadores na última faixa etária ausentes, o que chama atenção. Roberta também é estimulada pelas irmãs mais novas, mas não sabemos quanto ao apoio familiar mais extenso. O que chama atenção também é o fato de apesar dos indicadores ausentes não há preocupação por parte materna com a criança. Nem preocupação e nem encantamento com as gracinhas da criança. Gisele, pelo menos durante a aplicação, parece anestesiada quanto aos estímulos externos. Os indicadores que deram ausentes apontam justamente para uma maior atividade da mãe, onde a mesma precisa colocar alguns limites nas demandas da criança, o que aparentemente, não acontece.

O tempo de aplicação e a falta da construção de um maior vínculo com a mãe nos impedem de inferir os fatores que facilitaram uma mulher tão jovem mostrar intensa apatia.

### ***4.2.3 Joana e Marta***

Aplicamos o IRDI com Joana e Marta pela primeira vez, quando Joana contava seis meses e Marta 24 anos. Joana é a terceira filha de Marta e a primeira com o marido atual. Marta tem diagnóstico de epilepsia, usa remédio controlado e afirma que, por isso, nunca estudou, pois “não aprende as coisas direito”. Marta gagueja bastante e faz pouco contato visual.

Na primeira aplicação referente à segunda faixa etária do IRDI, não foi notado nenhum indicador ausente. Nessa ocasião, Marta afirmou que passava o dia todo com Joana, colocava ela na cama e brincava com ela. Joana ainda não se sentava sozinha.

Na segunda aplicação, referente à terceira faixa etária, Joana veio acompanhada pelo pai e pela mãe. Marta estava grávida de quatro meses e disse que Joana bate na barriga dela com ciúmes. Os pais falam orgulhosos do progresso de sua fala, pois a criança já chamava vovó, papai, mamãe. Joana interagiu bastante durante o atendimento, buscando ativamente tanto o meu olhar quanto o dos pais. Na terceira faixa etária, deram dois indicadores ausentes. 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela, dado obtido por meio do relato da mãe e o indicador 19. A criança possui objetos prediletos, também por via do relato dos pais.

No nosso terceiro encontro, quando Joana já estava na quarta faixa etária, não foi possível completar a aplicação, pois ela adormeceu. Nessa ocasião, Marta relata que os tempos estão difíceis em casa pela falta de dinheiro. Questiona junto a nós sobre o pé torto de Joana, pois a família “fica dizendo que vai ficar igual ao meu” (Marta manca de uma perna). Também me diz que o filho mais velho tem problema na cabeça e que a família diz que o bebê que está na barriga dela também vem com problema, pois se mexe pouco. Revela o desejo de fazer a ligação de trompas para não ter mais filhos.

No quarto encontro, Joana ficou um tempo no colo da mãe, interagiu bastante, buscou ativamente os brinquedos, levou à boca, brincou com o irmão. Marta, por sua vez, mostrou brinquedos para a filha. Joana dançou e explorou brinquedos mais barulhentos. Chorou bastante quando o irmão saiu da sala e só parou quando ele voltou. Marta estava com oito meses de gestação nesse encontro e imaginava que estava esperando um menino e ia homenagear o irmão colocando o nome dele na criança. Apenas um indicador da quarta faixa etária deu ausente, o 29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.

Marta é conhecida na instituição. A maneira de falar e de andar, junto às suas gestações consecutivas, fazem dela uma presença marcante, tanto para outras pacientes quanto para a equipe. Joana é a sua primeira filha. Nesse sentido, parece ocupar um lugar especial para a família. É a primeira filha do casal. Era muito cuidada pelos pais e tinha um lugar destacado para os irmãos mais velhos também, principalmente para Sérgio, que veio acompanhando uma vez na consulta. Sérgio também é acompanhado pela instituição desde mais novo.

Quando Joana bate na barriga da mãe e ela interpreta como ciúmes do irmão, vimos aí a operação da suposição de sujeito por parte dos pais, que supõem que ela já sente ciúmes do irmão mais novo. O irmão mais novo, por sua vez, já tem um nome e em homenagem, mostrando investimento da mãe nele. Joana é esperta e alegre aos olhos dos pais.

O fato de Marta mancar de uma perna, falar diferente, a faz ter um lugar destacado e ao mesmo tempo invisibilizado no meio social. Destacado porque diferente das demais e invisibilizado porque o seu estatuto de fala não é considerado no meio social também por conta da sua diferença, categorizada como algo negativo. Embora tenha um bom vínculo com os filhos e consiga cuidar deles garantindo sua sobrevivência, ela é constantemente vigiada pelos demais, que fazem comentários que são absorvidos pela mesma. A mãe de Marta é muito presente na vida dela e dos netos, tendo de Marta extrema gratidão e reconhecimento, como visto em outros casos na instituição.

Marta passou por situações complicadas desde pequena, quando a tiraram da escola por supostamente não ter condições de aprender (Marta não sabe ler nem escrever), o que de fato a deixa mais dependente de outras pessoas. Absorveu essa informação e a repete até hoje apesar de ter aprendido várias coisas de outra ordem para além da educação formal. Marta relatou também durante as aplicações situações de violência doméstica com o primeiro marido, quando sofreu agressões físicas e ameaças e, que, depois do término da relação, abandonou também os filhos. O segundo marido parece ter uma boa relação com os filhos mais velhos de Marta, mas sempre fez questão de ter os “seus” a motivando a ter mais filhos. Isso aparece como tensão quando Marta fala que gostaria de não ter mais filhos, mas mesmo assim acaba não fazendo a laqueadura. Há suspeita também por parte de Marta do uso de drogas desse segundo marido. Marta repete constantemente que sua relação de confiança é com a mãe. Na instituição não tem muita proximidades com outras mães, apesar de ser paciente de lá há um tempo considerável. Aparentemente o fato de ser diferente das demais a afasta dessas redes de apoio mais amplas.

Joana tem um lugar especial na família, pois é a primeira filha mulher, é perceptível que é mais investida do que os meninos (isso aparece tanto nas vestimentas e cuidados gerais como no modo como Marta fala dela). O vínculo nos atendimentos parece fortalecido. Os indicadores ausentes podem estar relacionados ao contexto precário. Joana se identifica com a filha quando desconfia que a mesma pode ter o mesmo problema que o seu, passando a ser uma preocupação que cessa nos atendimentos seguintes com o desenrolar do desenvolvimento da criança.

#### ***4.2.4 Alice e Karine***

Alice e Karine chegaram para a primeira aplicação, quando a neném contava um mês e a mãe 17 anos. Alice é a primeira filha de Karine. Karine estudou até o nono ano do

ensino fundamental. Karine mostrou-se atenciosa e carinhosa com Alice. Quando a neném chorou, ela se levantou da cadeira e disse que a filha gostava de ser acalentada assim. Karine estava separada do pai de Alice, mas ele visitava a filha todos os dias. Mãe e filha moravam com a família materna. A avó ajudava constantemente com os cuidados. Na primeira faixa etária, não foi verificado nenhum indicador ausente.

A segunda aplicação foi feita quando Alice tinha seis meses. Chegou à sala bastante sorridente, balbuciou e interagiu bastante. Karine contou que ela acordava cedo para conversar. Karine havia retomado os estudos e Alice ficava com a avó durante o período em que a mãe estava fora de casa. Karine afirma que a filha gosta muito de passear, que aceita vários tipos de alimento e que agora se alimentava bem. Nessa faixa etária, novamente, não havia nenhum indicador ausente.

Alice chegou à instituição com quadro de desnutrição e por isso se alimentar bem representava muito para Karine. Na segunda aplicação vemos vários elementos associados à suposição de sujeito na bebê. Karine interpreta a partir de vários sentidos as várias manifestações de Alice, ao afirmar, por exemplo, que a filha acorda cedo para conversar ou que ela gosta muito de passear. Ao sair de casa para fazer outras coisas, vimos aí um ritmo se instalando na relação entre a mãe e a criança. Com o apoio da mãe, Karine consegue ir tranquilamente estudar e retornar sabendo da segurança em que a filha se encontra.

Na terceira faixa etária, Alice entrou na sala bastante sorridente e ficou circulando apoiando-se em objetos, deu alguns passos sozinha, dançou, brincou, explorou o ambiente. Karine falou orgulhosa com o fato de que ela já estava falando pequenas palavras e disse que achava a filha muito inteligente. Contou também que estava com um novo companheiro e que agora a filha tinha dois pais. Nessa faixa etária, foi detectado um indicador ausente, o 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.

No quarto atendimento, quando Alice estava com 17 meses, na quarta faixa etária do instrumento, Karine comunicou que estava com três meses de gestação do segundo filho. Tinha entrado na Justiça para garantir a guarda da filha, uma vez que o pai de Alice começou a ameaçar de tirar a guarda da mãe. Alice explorou a sala, falou pequenas palavras, entregou para mim e para a mãe alguns brinquedos, nos convocando para a brincadeira. Em outro momento, subiu na cadeira e olhou para a mãe que foi lá tirá-la. Karine estava participando do Projeto Mãe Colaboradora em alguns dias da semana, e nesse período deixava Alice com a avó. Queixou-se de que a mãe faz todas as vontades da filha. Na quarta faixa etária, o indicador 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo o pai, que esteve ausente.

Alguns pontos do caso de Karine são constantes na instituição: gravidez na adolescência, saída precoce da escola, dependência do apoio familiar, término e início de outro relacionamento que também resulta em uma segunda gravidez.

Apesar dos percalços na história de vida, Karine só parece mais preocupada quando comenta a busca do ex-namorado em relação à guarda da filha. Karine, em seu relato, não fala de outras frustrações, nem em relação ao não término da escola, nem em relação à gestação supostamente precoce. Isso é um ponto interessante na instituição, por mais que não tenham terminado os estudos, muitas mães compreendem a importância do mesmo e fazem questão que seus filhos “terminem os estudos”. A rotina da mãe e da filha é calma, ambas contam com o apoio e cuidado da avó que ajuda Karine a procurar outras atividades ao mesmo tempo em que permite que a filha vá aos acompanhamentos sozinha.

Com os cuidados iniciais, Alice rapidamente se recupera do estado de desnutrição que se encontrou no início do acompanhamento, mas isso não deixa de ser uma preocupação constante para Karine. Alice inicialmente tinha a presença constante do pai e posteriormente do padrasto. Os conflitos de disputa de guarda acabam por interromper o clima de confiança entre os pais de Alice, impactando também na sua rotina. A avó tem uma participação importante nos cuidados de Alice.

#### ***4.2.5 Aline, José e Amanda***

Aline, José e Amanda chegaram pela primeira vez para a aplicação do instrumento quando os gêmeos estavam com três meses e a mãe com 31 anos. Além dos bebês, Aline estava acompanhada pelas filhas mais velhas (11 e 12 anos). Aline estudou até a quinta série do ensino fundamental.

Confessa que a gravidez não foi planejada nem desejada e que fumou durante toda a gravidez. Aline engravidou do namorado de 17 anos. Os dois mantinham o relacionamento, mas não moravam juntos. Aline disse que sempre manteve uma preocupação com as filhas mais velhas e que não era adequado colocar um rapaz tão jovem para morar com elas.

José estava irritado e com sono durante a aplicação. Alguns indicadores colocamos como presente com base no relato da mãe (a criança reage ao “mamanhês”) e deu um indicador não verificado. Na aplicação de Amanda todos deram presentes e ela, apesar do sono, apresentou-se bastante ativa.

Na segunda aplicação Aline trouxe os filhos acompanhada pela irmã. José, então com sete meses, ficou um tempo no colo da mãe com o chocalho, mas logo se irritou, chorou,

e depois a mãe colocou no chão para brincar com a irmã, e foi quando se acalmou. Na segunda faixa etária, José teve um indicador ausente (A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta). Aline, quando perguntada sobre esse indicador, disse que o filho era impaciente e muito zangado. Já Amanda logo foi para o chão da sala, engatinhou na sala inteira, explorou o ambiente, sorriu, vocalizou bastante. Aline afirmou que a filha é bem ativa e que já fala “papai”, acredita que vai se desenvolver mais rápido do que o irmão. Amanda teve um indicador ausente nessa faixa etária: 6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. Quando questionada, Aline disse que achava que não, que a filha dorme muito pouco e que dá mais pequenos cochilos durante o dia.

Na quarta faixa etária, quando as crianças contavam 14 meses, Aline fala do cansaço excessivo. Afirma que tenta, mas não consegue colocar limites nos filhos. Continua acreditando que José tem o desenvolvimento mais lento do que de Amanda. Acha que ele não entende quando ela diz não. Ele explora os brinquedos com a irmã. Eles interagem, ele mostra o brinquedo para a mãe. Aline afirma que acha que os filhos têm distúrbio do sono. José teve quatro indicadores ausentes 23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses; 29. A mãe começa a pedir a criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos; 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para as crianças; 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios. Aline afirma que não consegue fazer nada além de olhar os filhos quando eles estão acordados e que eles mexem em tudo, inclusive em objetos potencialmente perigosos, ou seja, o indicador 23 está ausente porque a mãe sente que não consegue fazer mais nada além de se dedicar aos filhos. Amanda mostra-se bastante ativa. Aline comenta que a filha é teimosa, uma vez que entende, mas não lhe obedece. Fala algumas palavrinhas, mas Aline afirma que não foi ela quem ensinou. Amanda mexe na sala inteira. Em um momento caiu, a mãe coloca no colo, tenta acalantar por um período breve e passa a filha para o colo da irmã. Amanda teve os mesmos indicadores ausentes do irmão.

Por ter dois filhos pequenos, Aline precisa constantemente de solicitar ajuda de outras pessoas e acionar sua rede de apoio, que, pela variedade, parece ser ampla, mas não constante. Isso é visto por ela como um peso. Aline já tinha filhas mais independentes quando engravidou dos gêmeos de modo não planejado, de modo que precisou renunciar à sua liberdade, seus relacionamentos e, principalmente, à sua independência. As manifestações das crianças não eram vistas com júbilo, orgulho ou empolgação pela mãe, que interpretava sempre através de uma lente negativa, como “teimosia”, “atraso”.

Aline procurava ajuda de profissionais da instituição, constantemente. Relatava sempre esgotamento e dificuldades com os filhos. Achava-os muito agitados, que dormiam pouco. Quando começaram a andar, as queixas se intensificaram. Um pouco mais velhos, foram diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH.

Desde o primeiro atendimento, Aline demonstra intenso cansaço e preocupação com sua própria situação. Na sua fala há inúmeras queixas relacionadas ao seu momento atual: mãe de duas crianças pequenas, além das filhas mais velhas. Aline parece não ter elaborado a situação na qual se encontra desde o momento da descoberta da gestação. Não tem um apoio constante do pai das crianças. O medo de colocar o marido dentro de casa mostra um medo em relação às filhas de abuso sexual e isso faz com que a mesma tenha que optar por manter o pai aparentemente mais distante, de modo a proteger as filhas mais velhas. O pai nunca aparece na instituição e nem na fala dela enquanto apoio e decisões quanto à criança. Aline mostra-se muito solitária nessa condição e pouco ouvida, tanto que fala com qualquer pessoa que esteja disposta a escutá-la.

Os indicadores mostram ausência desde as primeiras faixas etárias e se consolidando nas faixas etárias seguintes. Desse modo, a precariedade e os impactos dessa condição na mãe, parecem afetar as crianças. Aline busca uma justificativa na via da psicopatologia, tem certeza que os filhos têm alguma coisa de “errado” e busca via medicação “acalmá-los”. A legitimação médica de que há algo errado com os filhos e a solução via medicação parece dar uma resposta a Aline de que inclusive, desde o começo, estava “certa” quanto a isso. Esse deslocamento dá uma justificativa biologizante para uma problemática envolvida por questões de maior amplitude. Ao descobrir essa suposta psicopatologia não há reflexão e nem alteração da situação social na qual se encontra.

### **4.3 Sobre as “mães do IPREDE”**

As vinhetas de aplicações nos ajudam a entender como funciona a aplicação do IRDI no IPREDE, como por meio dele conseguimos testemunhar e escutar as situações vividas na maternidade e suas relações de cuidado, mas também temos uma pequena amostra das principais problemáticas vividas pelas mulheres. Início esse tópico falando das “mães do IPREDE” com o intuito de fazer uma caracterização geral do público atendido na instituição. Chamo de “mães do IPREDE” porque elas são conhecidas assim e principalmente porque se reconhecem assim.

Como expressamos na introdução deste trabalho, as mães que acompanham seus filhos no IPREDE não são tomadas como meras coadjuvantes nos tratamentos. Além das intervenções com as crianças, existem espaços ali voltados exclusivamente para elas, como o Grupo Conviver e os projetos de profissionalização. A categoria “mães do IPREDE” as colocam dentro de um grupo reconhecido que lhes dá um sentimento de pertença, produzindo efeitos subjetivos.

Por isso, quando fez o censo de 2017, incluiu vários instrumentos para fazer um levantamento geral de quem são essas mulheres que acompanham seus filhos na instituição. Destacaremos alguns dados que são relevantes para o nosso estudo.

Foram na época 357 mães e foram coletados dados acerca da situação social, econômica, bem como elementos das histórias de vida delas e de suas famílias. A pesquisa apontou que 15,7% das mães tinham empregos na época, ao passo que 84,3% estavam desempregadas. 45,5% das famílias têm como responsável financeiro o parceiro, em 23% são as mães, 11,8% os dois e em 19,7% são outras pessoas, tais como tios e avós que sustentam a família. 44,3 % dessas famílias estão classificadas dentro da situação de pobreza extrema (renda mensal *per capita* até R\$42,00). Segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA, apenas 20,7% possuíam segurança alimentar, enquanto 25,8% vivenciavam situação de insegurança alimentar grave, 27,5% média e 26,1% leve. Quanto à moradia, 78% das mães residem nas Secretarias Executivas Regionais V e VI de Fortaleza, onde há maior concentração de bairros mais populosos da cidade e menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). São beneficiárias do Programa de transferência direta de renda Bolsa Família 99% das entrevistas (MENESCAL, 2018).

No que diz respeito à escolaridade materna, 17,1% estudaram 13 anos ou mais, 41,5% estudaram durante dez a doze anos, 34,7% estudaram num período de cinco a nove anos e 6,7% não estudaram ou estudaram menos de quatro anos. Sobre a raça, 82,6% são mulheres negras ou pardas, 11,8% brancas, 2% amarelas e 3,4% de origem indígena (MENESCAL, 2018).

Com esses indicadores, temos uma noção geral sobre os dados sociodemográficos das mulheres que frequentam a instituição. Ambas as pesquisas evidenciam que as mães são beneficiárias do Bolsa Família, vivem em lugares com baixo IDH, tiveram seus primeiros filhos de forma não planejada ainda na adolescência e não trabalham formalmente.

A maneira como enfrentam e os recursos que têm para lidar com os problemas inerentes às suas condições sociais são diferentes. Maria tem uma história de vida complexa, entretanto apresenta certa resiliência ante esses fatores. Mostra-se animada nos atendimentos,

sempre evocando com orgulho as conquistas da filha. Gisele não se mostra à vontade no atendimento, aparenta pouca disposição e apatia frente às conquistas da criança. Marta, ao contrário do que pensam sobre ela, investe bastante nos cuidados com a filha, mostra-se orientada sobre as recomendações que recebe na instituição e compreende bem nossas perguntas, bem diferente do retrato da “mãe avoadada” pela qual é vista pelas outras mães. Karine mostra as problemáticas envolvidas na gestação na adolescência, parceiro problemático, dependência da família, interrupção dos estudos, entretanto mostra intensa dedicação à filha. Amanda mostra-se cansada no seu percurso de mãe. Já com duas adolescentes, se vê no desafio de criar dois filhos gêmeos sozinha, o que, entre outros fatores, a impede de ver nas produções dos filhos prazeres e júbilos.

Os parceiros ou pais das crianças aparecem muito pouco em suas falas, apenas quando são perguntadas. A instituição aparece como apoio para todas elas, seja de forma direta, como Karine que participa dos projetos profissionalizantes, ou pela relação de confiança com os profissionais, como Amanda, Maria e Marta, ou de forma mais indireta, como Gisele que, apesar de não estabelecer um vínculo muito forte de confiança com os profissionais, sente-se à vontade com as outras mães no acolhimento.

Outros dados das vinhetas e do censo de 2017 serão retomados a seguir. Nesse tópico buscamos explicitar as condições sociais e econômicas dessas mulheres.

#### **4.4 Maternidade em situação de pobreza: o desamparo materno**

O bebê humano nasce dentro de um quadro de completa dependência para a sobrevivência, necessitando de um outro que cuide dele. Dentre as espécies animais, pode-se dizer que o humano é o que nasce mais prematuro e mais dependente da figura de outra pessoa, que provê suas necessidades mais básicas. Para isso, essa figura também tem que ter tido algumas de suas necessidades amparadas. Como fica o exercício da função materna em situações nas quais as necessidades básicas das cuidadoras não são supridas? Onde a rede de apoio social e econômica é tão instável (último e primeiro caso)? Em que medida a instabilidade gerada pela pobreza é um risco ao exercício ou bom exercício da função materna?

Trouxemos a conceituação e caracterização do fenômeno da pobreza no segundo capítulo deste trabalho. Assim, iniciaremos esse debate a partir da categoria do desamparo dentro do referencial psicanalítico.

Percebemos que, do ponto de vista histórico-social e cultural, a maternidade é uma experiência plena de fatores diferenciais, relativos aos hábitos, tradições e tabus; entretanto, um fator é permanente: a intensa dependência do bebê em relação a um outro que cuide e que garanta a sua sobrevivência. O bebê humano nasce marcado pelo desamparo e pela necessidade de um outro.

Desamparo é uma palavra que aparece constantemente no nosso cotidiano, entretanto, também é um conceito psicanalítico que vale considerar no presente debate. Birman (1999) considera que há uma espécie de Babel condensada na palavra desamparo e que nem sempre as pessoas querem dizer a mesma coisa quando a evocam. A palavra e o conceito de desamparo não se referem à mesma coisa no discurso de Freud. A palavra aparece logo no início de suas teorizações, enquanto o conceito só vai se firmar por volta dos anos de 1920, ou seja, influenciado pela dualidade entre pulsão de morte e pulsão de vida.

Antes de conceituar desamparo como algo ligado a prematuridade, Freud (1889) relaciona esse conceito entre os estímulos interiores e exteriores ao organismo. Segundo o autor, é necessária uma resposta específica a esses estímulos, sendo esta motora ou psíquica. Caso essa resposta não aconteça, e o estímulo exceder a capacidade de resposta do organismo, surge o desamparo, possibilitando a origem de defesas inadequadas e que podem originar quadros psicopatológicos (COSTA, 1984).

Ao deparar a prematuridade biológica do ser humano, Freud evidencia que o organismo humano necessita de um outro, de maneira absoluta, para a sua sobrevivência. A natureza humana desenvolve uma marca jamais superada da dependência de outro ser humano. A vida, assim como o circuito pulsional, o prazer, a “erogeneidade” nessa etapa da teoria freudiana não é algo inerente ao ser vivo, mas introduzida pelo outro, ou seja, pela “erogeneização” do pequeno organismo incapaz de sobreviver por conta própria. Assim, a vida é da ordem da transmissão, como algo que foi ofertado pelo outro como um dom. O sujeito se constitui pela relação de dependência a qual ele nunca vai superar. A dependência humana e o desamparo reproduzem-se ao longo da vida do sujeito (BIRMAN, 1999).

Nas duas maneiras de pensar o desamparo, Freud o correlaciona como situações de despreparo do organismo relativamente à excitação do meio. No primeiro caso, entretanto, o autor situa dentro de uma questão física, já no segundo ponto existe a relação com o eu, o que autoriza o emprego do termo **desamparo** como algo ligado a um ser de linguagem que pode saber o que é se sentir desamparado, mesmo que antes da aquisição da habilidade linguística. Quando Freud situa que o bebê é desamparado porque é prematuro, podemos concluir que em situações similares à prematuridade existe a possibilidade de sentirmos algo

que denominamos como desamparo. Nesse sentido, o estado de desamparo é o produto de uma leitura específica do mundo (COSTA, 1984).

Moreira (2010) acrescenta que a “narcisação” realizada pela função materna é determinante para o processo de humanização e de percepção do desamparo. A mulher em situação de maternagem contém e coloca os limites no excesso do gozo presente na vida em seu estado bruto. A mãe oferece formas de simbolização para o pulsar sem ordem nem ritmo criando a vida humana. A autora salienta que esse amor só pode operar na medida em que é submetido a uma Lei que rege as normas do registro simbólico. O que delimita e cria o desamparo é o amor e o reconhecimento da Lei. A mãe, portanto, organiza, simboliza e contém o excesso de energia que invade o pequeno ser na ocasião de seu nascimento. Numa condição de vida, entretanto, em que a própria mãe está à mercê dos excessos produzidos pela escassez de recursos, como proteger os filhos dos traumas? Como ser um anteparo que dosa o excesso e constrói a realidade? (MOREIRA, 2010) Seria a mãe a única a desempenhar esse papel?

Constatamos, portanto, que o desamparo faz parte da constituição da própria subjetividade e não marca apenas o recém-nascido na sua condição de prematuridade biológica, mas, segundo Freud (1930), estrutura os nossos laços sociais e se relaciona com o mal-estar e com o sofrimento humano. Em algumas situações, todavia, o desamparo deixa de ser estruturante das nossas condições de subjetivação e passa a ter um efeito destrutivo e impeditivo de elaboração, tomando a forma de trauma, como nos lembram Gonçalves, Monteiro e Macedo (2010).

É difícil medir, apontar e/ou generalizar a qualidade das situações que funcionam como impeditivas de elaboração psíquica. As formas de sofrimentos testemunhadas, por meio dos relatos das mulheres atendidas no IPREDE, sinalizam algo da ordem traumática: abandono, violência, fome, trabalho infantil, gravidez indesejada, dentre outras. A condição de maternidade é relatada por elas como algo que modifica as suas vidas, obrigando-as a dividir o que já era precário, “agora é tudo primeiro pra eles”, afirmam as mães usuárias da instituição. Relatam também que pulam refeições para que os filhos comam, deixam de comprar coisas para si mesmas para realizar o desejo de um filho. Ante situações tão precárias, essas mães mostram-se sensíveis e reconhecem as necessidades de seus filhos, colocando estes, muitas vezes, como prioridade em relação às próprias necessidades.

A pobreza e as experiências cumulativas de desamparo se associam aos afetos de angústia e medo, medo de perder os filhos ou o sentimento de incapacidade de enfrentamento das adversidades e de criar seus filhos. Maria foi criada em um abrigo e sentia medo que o

mesmo acontecesse com suas filhas, embora sua experiência tivesse sido positiva. Essa fantasia toma consistência quando essas mulheres presenciam situações nas quais o Conselho Tutelar aparece como um agente ameaçador e capaz de tirar-lhes o filho.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA marca uma conquista histórica importante nesse sentido, uma vez que assegura à criança e ao adolescente o direito de permanecer prioritariamente com a família, embora ao delimitar o ambiente adequado para a criação de crianças, entre num campo que comporta alguma complexidade. Por exemplo, quando o Marco Legal da Primeira Infância, número 13.257, de 8 de março de 2016, altera o texto do ECA, substituindo a determinação de que o ambiente de criação das crianças e adolescentes ficasse “livre de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”, pela exigência de “(...) um ambiente que lhes proporcione desenvolvimento integral” (GOMES; DIAS, 2017), torna isso problemático por essa definição ser demasiado ampla e deixar livre espaço a algumas interpretações.

Ao criar condições para a presença da criança no seio familiar, conseqüentemente, se cria uma noção do que seria esse “ambiente que lhes proporcione desenvolvimento integral”. Caso a família, e principalmente a mãe, se comporte de forma inadequada, elabora-se a possibilidade da destituição do poder familiar sobre a criança. Segundo Gonçalves (2015 *apud* GOMES; DIAS, 2017), essa destituição é repleta de seletividade no sistema brasileiro e demonstra muito da relação da justiça e comunidade com as desigualdades sociais, embora o artigo 23 do ECA defenda que a falta ou carência de recursos materiais não consista em motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

Boesmans (2015) obteve uma constatação parecida, ao pesquisar abrigos na cidade de Fortaleza. Segundo a autora, é sobre a afirmativa da pobreza, em termos materiais e sociais, que os processos de acolhimentos institucionais levam mais em consideração a dimensão material e objetiva propriamente dita do que o processo de singularidade e subjetividade de cada caso. A pobreza é considerada determinante para a retirada da criança da família e quanto à possibilidade de reintegração dentro dela. Muitas vezes tais fatores se sobressaem inclusive com a constatação de carinho, vínculo e afeto entre a criança e a família.

No cotidiano do IPREDE isso aparece de várias maneiras em outros casos, além do de Maria. As denúncias aos conselhos tutelares são discutidas em reuniões de equipe e normalmente estão relacionadas às agressões físicas em relação à criança, suspeitas de abuso sexual, a não inserção de crianças no sistema escolar, dentre outras. Em famílias com muita carência de recursos, com quadro de insegurança alimentar, a instituição aciona primeiro o Centro de Referência a Assistência Social – CRAS. Em um determinado caso de uma família

com severa carência material situada no interior do Estado, vimos o Conselho Tutelar retirar a guarda das crianças da família de forma provisória, em vias de efetivar a definitiva. A instituição precisou intervir a partir de relatórios e depoimentos do corpo técnico, para que a guarda não fosse retirada de forma definitiva da família de origem. Era uma família pobre, sem qualquer fonte de renda, mas não existia nenhuma suspeita de qualquer outro direito das crianças sendo violado. A alegação do laudo feito pelo Conselho Tutelar era de que a mãe não estava se esforçando o suficiente para conseguir recursos básicos necessários à família. Ou seja, embora a lei exista, a sua efetivação é direcionada pelos mais diversos fatores, tais como violações e preconceitos. Essas vinhetas são importantes para nos aproximar da vivência dos cuidados e como eles se relacionam com a situação social da família. A sensação de insegurança e a possibilidade de destituição de seus cuidados marcam subjetivamente essas mães que se sentem muitas vezes impotentes perante um Estado que não só não as protege, mas muitas vezes as toma com um olhar de desconfiança e descrédito, deixando-as mais vulneráveis a esse tipo de situação citado anteriormente. Nesse sentido, o desamparo que marca as suas vidas também por não conseguirem enxergar no Estado um amparo, mas sim uma ameaça.

Importante é ressaltar o fato de que a legislação brasileira estabelece que é dever da família, da comunidade e do poder público assegurar, com prioridade, a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, tais como à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, para citar alguns. Assim, quando, por algum motivo, a família não consiga assegurar tais direitos, a comunidade e o Estado precisam se interpor na garantia destes (GOMES; DIAS, 2017).

Dentro do ECA existem vários artigos voltados à maternidade, entretanto atuam na responsabilização das mulheres pelas condições de vulnerabilidade na qual estão inseridas. O papel de principal guardiã da criança é dado à mãe, porém, para que ela possa dar conta desse complexo papel, é necessário que conte com uma rede de apoio formada por pessoas próximas, e quando não existe esse suporte, é necessário o amparo institucional à mulher para que ela possa desempenhar esse papel, como preconiza a legislação (GOMES; DIAS, 2017).

O conhecimento científico ampara muitos desses artigos do ECA e são fundamentais para a criação de leis que assegurem o direito das crianças. A partir do que foi visto, muitas vezes, entretanto, se cria uma falsa dicotomia entre os direitos das crianças e os direitos das mulheres (GOMES; DIAS, 2017).

Como, ante a falta de acesso a direitos básicos, mães em situação de pobreza intensa irão garantir os direitos de seus filhos? Em grande parte de casos de destituição

familiar não existe nenhuma prática de violência ou negligência com a criança. Apenas o fato de seu nascimento ter sido em um contexto de precariedade no qual vivem suas mães (BOESMANS, 2015; GOMES; DIAS, 2017).

Esse nível de desproteção vivido por essas famílias coloca em xeque o que de fato podem fazer em relação aos seus filhos para reverter esses quadros. Aproxima-nos, também, do que é presenciado nessa clínica como um intenso sentimento de solidão e desconfiança com os profissionais que assistem essas famílias.

Uma percepção que aparece constantemente nos inícios de acompanhamentos, sejam de triagem ou pelo próprio IRDI, é o silenciamento das pacientes, como já citamos algumas vezes. É importante entender que esse silenciamento pode representar coisas diferentes tais como sentimento de incapacidade, apatia, tristeza ou desconfiança. É importante compreender o silêncio como um signo a ser decifrado em cada caso de modo a não cair na tentação de o taxar como resistência ou desinteresse em relação ao tratamento.

Situações como as citadas anteriormente ilustram a despotencialização do lugar de fala. Aqui, muitas vezes, não importa o que a mãe fale, faça, algumas decisões são tomadas com base na sua situação sócio econômica e da interpretação de que elas não estão se esforçando o suficiente, entrando na lógica de responsabilização individual de uma problemática intensamente complexa e acompanhada por diversos fatores históricos, sociais e econômicos que transcendem a vontade daquela mulher naquele contexto.

#### **4.5 Maternidade: uma questão de escolha?**

Como situado por Amartya Sen (1999), nas situações de pobreza, a liberdade ou alternativas de funcionamento estão fortemente comprometidas. Ou seja, o indivíduo não tem alternativas variadas e diferentes de estilos de vida que ele possa escolher. Nesse sentido, a escolha por ter um filho pode ser perpassada por essa condição? A maternidade é uma questão de escolha para essas mulheres?

Sabemos pela Psicanálise que nossas escolhas estão expressas pelo inconsciente. Nesse sentido, a vontade consciente de maternidade no discurso manifesto não é suficiente para que uma mulher de fato engravide e conseqüentemente vire mãe, uma vez que inconscientemente pode apresentar interditos que vão contra esse movimento (TACHIBANA, SANTOS; DUARTE, 2006). Essa vontade, tampouco, garante um bom exercício da função materna, assim como o fato de o filho ser planejado anteriormente significa uma função materna suficiente.

No censo feito no IPREDE em 2018, nas perguntas relativas às condições de gravidez e parto, apareceu que 7,3% das mulheres não queriam ter engravidado e ficaram tristes quando souberam. 10,9% das entrevistadas não queriam ter engravidado de jeito nenhum. 29,7 % quiseram engravidar naquele momento enquanto 52,1% queriam ter engravidado em outro momento, mas ficaram felizes quando souberam da gravidez (MENESCAL, 2018). Esses dados nos mostram a diferença existente entre as reações quanto à descoberta da gravidez e que nem sempre elas fazem parte de uma escolha consciente por parte da mulher, embora ela possa significar isso de outro modo depois. Esses dados foram coletados quando elas já tinham tido os filhos e isso pode mudar também substancialmente a forma como significam a descoberta da gravidez.

As famílias que frequentam o setor de detecção e intervenção precoce do IPREDE são as mesmas que frequentam o setor de puericultura. Os dois setores investigam um pouco os acontecimentos antecedentes ao nascimento da criança. No setor de detecção e intervenção precoce, pedimos que as mães falem livremente de como foram suas gestações. Já o setor de puericultura preenche um formulário onde há duas perguntas nesse sentido - se a mãe planejou a gravidez e se a mãe desejou a gravidez. As duas perguntas são tomadas como surpresa para algumas mães que não entendem bem a diferença entre as duas, sendo recorrente aos pediatras explicar essa diferença. A resposta mais frequente é: a gravidez foi desejada, mas não planejada. Esse dado é confirmado pelo censo citado acima.

Não foi diferente com os casos citados. Aline é a única das mães que verbaliza que a gravidez não foi planejada nem desejada e sofre em certa medida com isso. As outras tomam como providência divina, acidente, mas relatam que os filhos são presentes e são gratas por tê-los. A maternidade aparece como um horizonte de possibilidades para a maioria das mulheres que buscam emancipação em relação às suas famílias originais, mas acabam dependendo mais ainda delas. Não raramente, fomos surpreendidas com mães adolescentes que relataram que desejaram e planejaram seus filhos para aquele momento, mesmo que isso significasse saída precoce da escola e diminuição de saídas com amigas.

Em todos os casos trazidos, as mulheres engravidaram pela primeira vez ainda na adolescência. A falta de outra perspectiva tem sido apontada como uma das questões que incide nas gestações de mulheres mais jovens. Nesse sentido, jovens muito pobres, muitas vezes, não planejam outros projetos e nem neles investem em busca de outras modalidades de reconhecimento social que não a maternidade. Na maioria das vezes, essas jovens não almejam nenhuma outra opção que concorra com a maternidade. A emancipação pelo estudo

muitas vezes não aparece como opção para essas jovens (IACONELLI, 2012). Nesse sentido, as renúncias diminuem à medida que existem poucas opções.

Em determinados contextos culturais, as grávidas gozam de um certo prestígio social. Muitas mulheres relatam se sentirem especiais na gravidez, percebem que são tratadas de forma diferente, as pessoas reparam mais, perguntam sobre o bebê, pedem para pegar na barriga, desejam coisas boas, mesmo que isso venha com uma certa vigilância. Muitas mulheres relatam terem tido um primeiro atendimento médico ginecológico na primeira gravidez. Para mulheres que são constantemente invisibilizadas socialmente, a gravidez pode aparecer como algo que lhes dá um lugar social.

Além da gravidez, a constituição social da identidade “mãe”, que muitas dessas mulheres assumem, dão indicativos de ter outras funções que são experienciadas ou vivenciadas por elas. Para algumas, os filhos podem aparecer para preencher um vazio ou aplacar a solidão, por mais contraditório que possa parecer, uma vez que a solidão é uma das grandes queixas maternas. Considerar essas questões é apontar para a necessidade de flexibilização do que pode ser considerado como normal ou patológico na vivência das maternidades em questão (PINHO, 2010).

Muitas mudanças históricas e sociais sobredeterminam o valor da maternidade e seus exercícios. A maternidade hoje concorre com uma série de outros papéis sociais que as mulheres desempenham, tais como realização profissional, com a possibilidade de uma vida financeira mais autônoma, entre outros. Como introduzir indicadores que considerem a dimensão inconsciente do materno? Quais são os fatores que ocupam essa decisão?

Birman (2018) argumenta que durante mais de duzentos anos a feminilidade esteve relacionada à maternidade, à natureza e ao destino. Uma mudança social a ser considerada aqui é o lugar da criança. Quando a criança, nesse contexto, passa a ser considerada capital simbólico, uma vez que passa a ser garantia do capital futuro econômico do País, ela precisa ser bem educada e portadora de boa saúde. Aqui, os pais passam a fazer alguns sacrifícios pessoais em nome dos filhos. A figura materna, responsável por governar a vida privada dessa criança, considerada como promessa de futuro, promove laços com a Medicina e a Educação, começa a ganhar algum poder na sociedade, centrado na sua figura na qualidade de mãe (BIRMAN, 2018).

Se em uma época anterior ser mãe era o destino final de todas as mulheres, isso não é mais (tão) significativo no nosso cotidiano. Contemporaneamente, a partir das conquistas feministas, as mulheres têm um outro lugar na sociedade, e se antes a maternidade era um destino final, hoje ela tem a possibilidade de questionamento (embora socialmente

ainda seja motivo de surpresa e reprovação). Com o avanço da tecnologia em torno do controle da natalidade, a mulher pode finalmente separar a sexualidade da maternidade. Birman (2018) destaca que a descoberta dos métodos anticoncepcionais mais seguros dá condições concretas de uma separação entre o tempo do desejo e o tempo da reprodução, anteriormente intimamente articulados. Considera o autor que, ao dispor livremente do tempo do desejo livre do risco constante da reprodução, a mulher passa a dispor do seu corpo para o exercício pleno da sexualidade, uma vez que ela passa a decidir quando e de quem quer engravidar. Depois de todas essas mudanças, o corpo da mulher está realmente livre na atualidade?

O desejo de ser mãe não parece surgir em muitas delas, que se tornam mães por “destino”, como relatam Marta e Gisele, algumas vezes por falta de informação, outras por terem se tornado mães mesmo antes de terem filhos, ou por não vislumbrarem outros destinos possíveis. Importante é ressaltar que, nos cinco casos citados, todas as mulheres tiveram a primeira gravidez na adolescência.

A separação entre a relação sexual e gravidez não aparece aqui tão distante como para mulheres de outra classe social. Filhos ainda parecem ser uma consequência direta de uma vida sexualmente ativa, uma vez que a maioria engravida logo nas primeiras relações, como no caso de todas as mulheres citadas, e o uso de métodos contraceptivos só aparece depois, quando aparece. Embora participem de programas de planejamento familiar em postos de saúde, o uso desses métodos ainda não se faz totalmente presente nessa população. Não raro, escutamos que o marido não quer adotar e nem quer que a mulher adote nenhum método, como no caso de Marta. Algumas mulheres fizeram a cirurgia de laqueadura escondidas dos maridos. Sem falar dos inúmeros mitos populares em relação ao uso de contraceptivos. Isso facilita o mau uso desses métodos pela população mais pobre.

O que foi percebido nos relatos delas em relação a isso é uma certa imposição dos serviços de saúde em relação ao uso desses métodos, sem a devida explicação e o questionamento se elas gostariam de usar ou não, ou seja, sem levar em consideração a dimensão do desejo. Marta é um caso emblemático na instituição. Com vinte e seis anos, grávida do quarto filho, argumenta que não pode usar pílula devido ao uso de medicamentos fortes contra a epilepsia que cortam a eficácia do anticoncepcional. Durante esse tempo, a equipe se mobiliza em todas as suas gestações para facilitar o processo cirúrgico, conversam com o companheiro dela, agendam, explicam, mas ela sempre acaba tendo o parto antes dessas intervenções se estabelecerem, embora relate que deseja fazer.

O lugar que a mulher ocupa na sociedade reflete consideravelmente o direito e o exercício da sua sexualidade. Para fazer uma leitura das mudanças ocorridas no campo da sexualidade, é necessário ir além dos pressupostos teóricos e científicos envolvidos nessa questão, mas também considerar o lugar dos valores sociais, inscritos diretamente nos registros da ética e da política (BIRMAN, 2018).

Isso se dá, entretanto, desigualmente, entre os diversos grupos de mulheres. A situação social, econômica, de raça, dentre outras, interfere também na forma como essas mulheres vivenciam sua sexualidade e em suas decisões sobre a reprodução, objetiva e subjetivamente. Nesse sentido, torna-se fundamental inserir esses pontos em qualquer debate que vise à melhoria dos contextos de desenvolvimento das crianças.

Refletir sobre o lugar da maternidade na vida dessas mulheres e a liberdade de escolha sobre a maternidade é fundamental para entender as condições mais precisas onde elas acontecem.

## **5 CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS À CLÍNICA PRECOCE ATRAVESSADA PELA CONDIÇÃO DE POBREZA**

Nesse sentido, no avesso de uma proposta marcada pela tecnificação ou “manualização”, discutimos e propomos uma clínica e pensamos em dispositivos institucionais que visam a ampliar o alcance da escuta, no sentido de promover, além do testemunho, as condições de possibilidade em que as pacientes - mães e crianças - transformem os acontecimentos que habitam suas vidas em experiência, como proposto por Moretto (2017). Sem perder de vista, portanto, o caráter ético-político dessa clínica, ou seja, considerando o desamparo discursivo que está na escuta nesse contexto (ROSA, 2017). Assim, além de detectar os efeitos subjetivos devastadores da exclusão, é fundamental uma atitude ética, por meio da qual possamos nos implicar nas modificações da estruturas sociais e políticas que facilitam e sustentam essa condição social (ROSA, 2017).

Freud (1905), desde o início de sua teoria, questiona a moral sexual de sua época, defendendo uma sociedade que lidasse melhor e tivesse mente mais livre em relação à sexualidade. Anos depois, o autor constatou que os caminhos das formações da neurose são bem mais complexos e que a liberação da sexualidade não é o suficiente para banir o sofrimento neurótico. Ao questionar, entretanto, com suporte na Psicanálise, os valores e escutar os excluídos de sua época, ele convoca os psicanalistas a refletir e questionar também sobre que tipo de laço social que possibilita a construção e que permite que tantas pessoas sejam tomadas por inúmeras violações de direitos básicos e modos de sofrimento e que permanecem excluídas e invisibilizadas por tantos anos. Além do testemunho e das mudanças provocadas no caso a caso, o que pode o psicanalista frente à maternidade em situação de pobreza?

### **5.1 Os desmentidos da maternidade em situação de pobreza**

Ferenczi (1931), em seu texto intitulado *Confusão de línguas entre adultos e crianças*, junto com outros textos fundamentais, como já citado, situa em foco o trauma novamente. Em sua teoria, Ferenczi (1928) defende o argumento de que não é exatamente o evento que dá o caráter traumático ao sujeito. O trauma acontece no segundo momento, quando a criança, sob uma experiência dolorosa, busca um adulto para confirmar sua vivência. Quando o adulto desmente essa criança, duvidando, negando, se estabelece o trauma propriamente dito.

Portanto, o que torna o trauma patogênico é o desmentido, a afirmação de que nada demais ocorreu, de que não há sofrimento. A palavra desmentido pode ser compreendida como não reconhecimento ou não validação perceptiva e afetiva ante a violência sofrida. Ou seja, é um descrédito da percepção, sofrimento e até mesmo da própria condição de sujeito daquele que vivencia o trauma. O que é desmentido, portanto, não é só o evento, mas também o sujeito (GONDAR, 2012).

A teoria de Ferenczi foi pensada dentro de um contexto de histórias de vidas familiares. O Psicanalista traz o foco para as relações de poder, de dependência, desvalorização. Embora esses afetos sejam considerados também políticos, só um tempo depois foi que se começou a pensar sobre os traumas sociais. Dentro da lógica de uma teoria social do trauma, temos como oposição ao desmentido o lugar do reconhecimento. É possível que aconteçam efeitos traumáticos quando alguém não é reconhecido na sua condição de sujeito (GONDAR, 2012).

Quando na clínica de pessoas sob condições de vulnerabilidade social encontramos o silenciamento ou a desconfiança por parte das mulheres atendidas, precisamos entender o que isso nos diz, sem dizer por elas. Entender o silêncio e a desconfiança é uma posição ética necessária nesse contexto. Como vimos ilustradamente nos casos trazidos, a vulnerabilidade social pela qual essas mulheres passam ocorre sob inúmeras situações de violência, precariedade, desigualdade e injustiças sociais que nos fazem pensar sobre o lugar que ocupamos para as pacientes atendidas. Observa-se que a maioria das mulheres lá atendidas não parecem ver o Estado como algo que as ampare. Quando pensam em apoio social, são as próprias mães que lhes aparecem como suporte.

Winnicott (1969) situa a mãe como fazendo parte do ambiente da criança. Uma hipótese levantada acerca disso se dá pelo fato de essas mães desamparadas e muitas vezes solitárias serem o único ambiente possível para a criança que ela foi um dia. Segundo o autor, o suprimento ambiental pode oferecer uma oportunidade para que ocorra o processo interno, ao mesmo tempo em que pode impedir que esse processo interno aconteça. A previsibilidade vinda dos pais é de fundamental importância para proteger a criança do que é imprevisível. É por intermédio do suprimento ambiental, da previsibilidade, que a relação de confiança se dará. O fato de os pais terem também sido bebês e terem sido cuidados nesses termos é apontado pelo autor como um importante fator nessa relação.

O IPREDE representa, para muitas mulheres, um marco nas relações de confiança. A instituição faz seus agendamentos quinzenais, entretanto abre todos os dias da semana, e as mães sabem que lá serão atendidas. É uma instituição que não trabalha com a

condição do encaminhamento, o que faz com que elas possam ser avaliadas de acordo com as necessidades delas. Nesses atendimentos quinzenais, elas serão contempladas por pelo menos algum profissional e terá ajuda de custo para voltar para a casa. Essa relação de confiança se mostra em termos geracionais, uma vez que existem situações em que a instituição atende a gerações familiares. Algumas mães procuram o IPREDE porque foram tratadas lá um dia e tendem a falar de modo orgulhoso disso, lembrando-se de como era antes e apontando as diferenças. Há também as recomendações entre parentes, vizinhos e amigos. Não raramente, vemos pacientes chegando indicados por pessoas próximas. Transpondo as relações com os profissionais, o ambiente também se mostra acolhedor e propicia encontros que se transformam em amizades e trocas de experiências.

Nesse sentido, a escuta e o reconhecimento a partir da experiência delas constituem o ponto de partida de qualquer intervenção que possa ser feita. O imaginário social da pobreza faz com que se confundam pessoas pobres como seres de necessidade e não de desejo. Fazer essa inversão é fundamental para que os serviços que acompanham essas famílias não sejam traumatogênicos e se constituam em mais um lugar onde elas revivenciem o desmentido. Vale situar alguns elementos importantes para compreendermos esse lugar de desmentido que opera nessas relações.

As mulheres que vivenciam situação de pobreza e intensa precariedade estão em uma posição de subalternidade em razão do ao lugar social e cultural que ocupam. Spivak (1988/2018) conceitua o termo **subalterno** como aquele que descreve as “(...) camadas mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e da possibilidade de se tornarem membros plenos no estrato social dominante” (p. 14). A autora denuncia a cumplicidade dos intelectuais que acreditam poder falar pelos outros reproduzindo estruturas de poder e opressão, mantendo, nesse sentido, o subalterno silenciado, negando uma posição em que ele possa falar e, conseqüentemente, ser ouvido. Colocar o subalterno como sujeito a ser estudado como se ele não tivesse algo a dizer é fixá-lo nesse lugar. Nesse sentido, quando falamos das mulheres em posição de silenciamento na clínica, será que elas realmente estão silenciadas ou não conseguem ser ouvidas em suas afirmativas? Estão os profissionais que trabalham diretamente com a pobreza em condições de escutar de fato suas demandas?

Consideramos as mulheres e que são mães de pacientes do IPREDE em condição de subalternidade porque, além das questões relacionadas a gênero, classe e raça, testemunhamos seu silenciamento e as constantes situações em que as colocavam na posição de exclusão do social e não raramente de responsabilização por sua condição. O IPREDE é

uma organização do terceiro setor, o que nos indica que a presença delas ali já demonstra uma insuficiência do Estado para com aquelas famílias.

A maternidade, historicamente, foi colocada no lugar de destino fisiológico para as mulheres voltadas para uma vocação “natural”. Foi atrelado culturalmente à mulher o chamado instinto materno, já posto em xeque inicialmente pela psicanalista Margarete Hilferding (1911), sob confirmação de Simone de Beauvoir (1949) e definitivamente desconstruído por Badinter (1980). Freud (1905) ao postular o conceito de pulsão no centro do arcabouço teórico da Psicanálise, marca definitivamente o fato de que o humano não é marcado pelo instinto e sim pela pulsão. Ao descrever a experiência de satisfação, o Psicanalista comprova o momento em que deixamos de ser regidos pelo instinto, ao buscar o alimento para sobrevivência e, nesse momento, obtermos prazer, fazendo um uso perverso do instinto para outros fins. O próprio Psicanalista, entretanto, resistiu quando Margarete Hilferding (1911) colocou em pauta o instinto materno.

Uma vez que não somos regidos pelo instinto, esse argumento de natureza cai por terra, ao ser exigida da mulher uma série de comportamentos e tentativas de garantias em relação aos cuidados com os filhos. O tema instinto materno, embora há anos seja contestado, ainda aparece constantemente no cotidiano a partir de cobranças dirigidas às mães. Nesse sentido, não é a natureza que sustenta esse lugar, mas uma construção histórica e cultural que viu nesse argumento uma dentre outras formas de controle social.

Donzelot (1980), em uma longa pesquisa histórica sobre as famílias na França, afirma que, ante o descontrole da natalidade e a quantidade de crianças que cresciam sem cuidados, tornando-se problemas sociais, o Estado viu na mulher um papel ideal para resolver a situação. As estratégias se dividiam em duas, uma voltada para as famílias ricas e outra dirigida para as famílias pobres. A estratégia direcionada às classes burguesas visavam a tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais, mediante a difusão de um conjunto de conhecimentos e técnicas. Já para a classe mais pobre, o objetivo era diminuir os custos sociais da reprodução, obter um número adequado de trabalhadores com diminuição de gastos públicos. Nessa contextura, é estabelecida uma parceria entre o médico e a família, fazendo uma reorganização do privado. A máxima desse período pode ser condensada na frase “O médico prescreve, a mãe executa”. A mulher burguesa nesse cenário passa a ter um lugar privilegiado nessa aliança, uma vez que tem seu lugar de educadora assegurado e reconhecido e um novo lugar de poder na vida doméstica. Já no caso das famílias pobres, o quadro é consideravelmente diferente. Inicialmente, a preocupação de garantir a sobrevivência da criança por intermédio dos mesmos valores higiênicos era a mesma, mas consideravelmente

diferente em seus métodos. Com as famílias pobres, as intervenções iam no sentido de limitar as liberdades, controlar as uniões livres e de impedir linhas de fugas. Para isso, portanto, a vigilância era constante. A mãe de família popular torna-se nutriz por meio da remuneração coletiva e vigilância médico-estatal. Nesse contexto, o trabalho domiciliar, doméstico, é requalificado, colocado à altura de uma profissão e, assim, a mulher pobre não precisa mais sair de casa para garantir o sustento da família e pode controlar melhor seu marido por meio das tarefas domésticas. Isso não impediu a permanência da mulher no espaço público, mas condicionou este à competência doméstica.

É preciso considerar que há diferenças do tempo descrito por Donzelot (1980) e no contexto histórico e cultural do que acontece atualmente no Brasil, entretanto, a lógica por trás das políticas voltadas para as famílias pobres parece manter certas similaridades já descritas por Costa (1979). O que nos é importante salientar aqui é como em diferentes tempos históricos e em distintos lugares, a mulher tem sua subjetividade negada em prol de uma posição de objeto, por via do qual os cuidados das crianças, dos homens, da família e, conseqüentemente, a diminuição de problemas sociais, podem acontecer.

Vinte anos depois da publicação do livro *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, Elisabeth Badinter (2011) afirma que as ciências redescobrem o instinto materno. A autora afirma que, nos anos de 1970, a Pediatria dos Estados Unidos toma a frente nesse debate, ao apoiar-se na etologia, quando afirma que as mulheres são mamíferas como as outras e possuem hormônios próprios para a maternagem: a ocitocina e a prolactina. Com essa constatação, a mulher deve estabelecer com o bebê um laço imediato e automático mediado por um processo neurobiológico-químico. Essa teoria ganhou apoio de diversos setores da população, incluindo antropólogos e psicopediatras, bem como dos meios de propagação coletiva, os *media*, que perpetuaram essas informações. A partir das constatações sobre as competências do bebê, a tarefa da maternagem se tornou cada vez mais complexa e ambiciosa. A vigilância em torno do período pré-natal cresce cada vez mais, sob o amparo das pesquisas, que comprovam os riscos envolvidos na gestação – seguidos pelo retorno da importância da amamentação, que se tornou central na maternidade contemporânea. Tais elementos retomam a centralidade da mulher como a única possível de cuidar de um bebê. A mãe, aqui, precisa estar sempre disponível, evidenciando o império do bebê.

Esses aspectos deverão de ser considerados, quando propomos intervenções no laço entre a mãe o bebê. O IRDI traz para a intersubjetividade os riscos do bebê, embora em seus fundamentos as noções de funções os distanciem da ideia de que necessariamente a mãe precisa ocupar esse lugar. As quatro operações que fundamentam o IRDI dizem respeito ao

que é necessário à constituição subjetiva. Essas funções precisam ser exercidas por alguém que sustente um desejo não anônimo, como aponta Lacan (1969). A constituição subjetiva está atrelada ao desejo do Outro, desde o momento da concepção. É no encontro do corpo do bebê com o desejo do Outro que uma intervenção pode ser feita, mesmo que em algumas situações o analista entre em um lugar de terceiro que substitui momentaneamente esse desejo, que é de outra ordem, mas que pode permitir o enlaçamento da criança com o cuidador que está ali, e que por algum motivo está tendo dificuldades de assumir esse papel. O encontro do bebê com um Outro silenciado, excluído do tecido social, terá efeitos, como vimos anteriormente.

Afirmar que o amor materno não é algo dado pela natureza foi um importante passo no redimensionamento da função materna. Todavia confirmar que o amor materno não é natural não significa dizer que ele não é importante. A condição prematura dos seres humanos torna necessária a ajuda de um outro que mais do que garantir a sua sobrevivência, o humaniza. Os cuidados iniciais, exercidos pela função materna, amortecem o meio circundante e o bebê. Por nascer insuficiente do ponto de vista instintivo, o bebê humano precisa que alguém organize o que chega a ele como um bombardeio sensorial (JERUSALINSKY, 2020).

Ao exercer a função de amortecimento, a função materna organiza esses primeiros contatos com o mundo, e nesse momento, a mãe se torna objeto de amor a partir da constância desses cuidados. Através deles também, vai sendo tecido uma rede de significados em suas ações. O bebê convoca porque ele é colocado no lugar de uma promessa de satisfação de ideais desejados pelos pais. Nesse sentido, o bebê convoca o amor dos pais na medida em que ele encarna uma promessa. Os cuidados do bebê quando feitos pelos pais são envoltos por significados diferentes do que aqueles que fazem um cuidado anônimo, tecnicado. Os cuidados primários se compõem a partir no enlace de promessa de satisfação entre pais e filhos (JERUSALINSKY, 2020).

Nesse sentido, a ética do cuidado e a empatia precisam estar presentes, de modo que possamos escutar o que está obliterando esse encontro sem entrar numa lógica culpabilizante ou normativa com a figura materna. Antes de tudo, impõe-se entender o lugar daquele bebê para aquela mãe, o seu contexto, o que está em jogo naquela relação. Considerar as vivências maternas anteriores é fundamental para que um atendimento que não necessariamente coloque a criança em primeiro lugar, mas a relação, sem desconsiderar a mãe. Uma leitura mais ampla do contexto no qual essa relação se dá também é crucial para que possamos compreender os pretextos históricos e culturais daquela relação. Colocar a mãe

em um lugar objetificado, por meio do qual a criança pode se desenvolver, é negar sua posição de sujeito e fazer com que as crianças revivam uma situação traumática.

As figuras maternas atendidas no IPREDE são tomadas por elas mesmas como referência de cuidado e apoio. Mesmo em situações adversas, essas mulheres conseguiram elaborar modalidades de enfrentamento que são retomadas por elas quando viram mães. São meios de enfrentamentos que, muitas vezes, não são percebidos e valorizados pelos profissionais que, via de regra, vivem em contextos substancialmente diferentes. Então ao trabalhar nesse laço, esses elementos precisam ser colocados em evidência, de modo que não neguemos sua história, seu contexto de vida, sobrepostos por um modelo técnico que desvaloriza o saber dessas famílias. É preciso, sobretudo, escutar essas famílias, ajudá-las a sustentar o lugar de enunciação, tão negado socialmente, considerando seus saberes para que alguma intervenção realmente colaborativa possa acontecer.

Atrelar o risco psíquico apenas à mãe, desconsiderando o ambiente no sentido mais amplo e as violências que essa mãe encara, é colocá-la como problema para a criança, individualizando uma problemática que é relacional e, portanto, social. Pensar na mãe como única forma possível de intervenção junto ao bebê em risco é também situá-la nesse lugar, de responsabilização frente a uma problemática que ela também enfrenta. Além de instrumentalizá-la, é responsabilizá-la pelo risco que envolve o bebê e pelas consequências que o ambiente precário impõe.

Os estudos sobre a relação entre a mãe o bebê foram fundamentais para compreendermos a constituição subjetiva, entretanto, atualmente, é impossível pensar essa relação sem incluir questões como gênero, racialidade, vulnerabilidade social e cultura (IACONELLI, 2020). Isso não só empobrece o debate como responsabiliza a figura materna e suas condutas pelo risco do bebê.

Questões como o processo de escolha da maternidade (relacionada também à quando ela acontece e à quantidade de vezes que acontece), das condições materiais para a criação dos filhos, da importância do amparo social, sentimento de solidão e medo, das preocupações envolvidas nesse processo, foram fundamentais para ajudarmos a compreender a complexidade de vivenciar a maternidade em situação de pobreza. Todas essas vivências percorrem a disponibilidade que essas mulheres têm para cuidar de seus filhos. A preocupação com o marido usuário de drogas, com o bem-estar dos outros filhos, dos recursos financeiros necessários, disputa com o investimento que os cuidados com o bebê exigem. Considerar esse aspecto é fator impeditivo de que essas mães sejam avaliadas como insuficientes ou inadequadas.

Ferenczi (1927) faz uma inversão, ao refletir sobre a adaptação da família à criança. Nesse contexto, o Psicanalista assinala que essa adaptação só pode ocorrer quando os pais se compreendem melhor. Até aquele momento, era comum imaginar que os pais naturalmente sabiam criar seus filhos, entretanto o esquecimento das próprias infâncias tonava-se um obstáculo para os pais compreenderem melhor as questões fundamentais da educação. Nesse texto, Ferenczi (1927), chama atenção para a sensibilidade e a reação das crianças para que possamos avaliar suas dificuldades e dar um relevo importante aos cinco primeiros anos de vida, quando considera que “(...) a forma como a criança adapta suas necessidades primitivas às exigências da civilização determinará também a maneira como enfrentará na vida todas as dificuldades ulteriores” (p. 71).

Mais à frente no texto, Ferenczi (1927) retoma a sexualidade infantil e constata que a amnésia dos adultos faz com que estes esperem das crianças uma confiança inquestionável ante um desprezo por suas experiências. Ao virar a lente sobre a criança e colocá-la no adulto, o Psicanalista nos dá pistas importantes também da relação entre o analista e o analisando e, conseqüentemente, dos profissionais ou da própria instituição com seu público. Importante, nesse sentido, é compreender que o lugar de saber proferido aos profissionais muitas vezes faz um afastamento da experiência dos pacientes, reproduzindo relações de poder que provocam inúmeros efeitos iatrogênicos não só nos pacientes, mas também na relação.

Lidar com o fenômeno da pobreza e do desamparo provoca inúmeros sentimentos em quem atua diretamente com esse público. Tanto as instituições como os profissionais em suas particularidades buscam diversas táticas de lidar com esses sentimentos pertinentes às suas práticas, sendo o conhecimento técnico uma delas. Nesse sentido, é importante pensar, com suporte na sugestão de Ferenczi (1927), em como adaptar as instituições a receber essas pessoas. Para isso, cabe à instituição também evitar esse lugar de naturalmente saber sobre o seu público e estar atento às suas necessidades, sensibilidades, desejos e reações.

Nesse mesmo sentido, Roussillon (2019) situa que o dispositivo clínico nas situações-limite e extremas deve tomar como base a experiência do sujeito. A atitude clínica aqui deverá se fundamentar na escuta do sujeito, levando em consideração suas estratégias de sobrevivência, aprendendo, portanto, a partir da sua lógica. Um requisito, portanto, nessa clínica é aceitar o outro tal qual ele se apresenta, de modo a evitar uma mudança implementada por uma submissão passiva referente aos ideais de quem atende, apontando para uma nova alienação. Isso precisa ser enfatizado na clínica dessas situações porque aponta também para a posição social do psicanalista perante pessoas passivas de grande precariedade

e desamparo. Ao escutar as estratégias que as pessoas criam para enfrentar as situações adversas, os clínicos têm acesso às teorias de cuidado que o paciente encontra para si e a sua compreensão sobre as vivências traumáticas (ROUSSILLON, 2019).

Um ponto importante é situar para o sujeito a possibilidade dada de que ele não está mais sozinho diante daquela experiência. As situações-limite, muitas vezes, vêm acompanhadas de processos de dessubjetivação e despersonalização para o sujeito. Assim, o clínico vai precisar achar um dispositivo de encontro, trabalhando muitas vezes sem um pedido formulado, entretanto, respeitando as estratégias de sobrevivência que o paciente criou para lidar com tais situações. Nesse contexto, o lugar de testemunha que o clínico ocupa, como compreendido por Kupermann (2019), com amparo em Ferenczi (1929), é fundamental, no sentido de, além de escutar, atestar quando preciso aquilo que se produz psiquicamente, podendo nomear e qualificar a experiência. O trabalho de qualificação será o primeiro passo no sentido de uma ressubjetivação, podendo virar ressimbolização da experiência extrema (ROUSSILLON, 2019).

Embora essas sejam premissas que fazem parte da clínica psicanalítica como um todo, é fundamental enfatizá-las em contextos marcados pela pobreza e vulnerabilidade social, ou situações-limite, como descreve Roussillon (2019), onde as relações de poder e a distância discursiva entre o profissional e o paciente são mais evidentes.

Quando se sentem escutadas, essas mulheres desejam contar suas histórias de vidas se deslocando do lugar de silenciamento e vergonha que as acompanham. Nesse movimento de elaboração e simbolização, a criança poderá ser ressituada subjetivamente da vida psíquica dessa mulher. Ao qualificar a escuta, testemunhamos importantes movimentos e dignificamos o sofrimento por elas narrados. É essa a aposta da intervenção precoce no IPREDE.

## **5.2 O que pode a Psicanálise em contextos marcados pela pobreza e vulnerabilidade social?**

Freud (1910 [1909]), em sua famosa conferência na Universidade de Clark, redigida e intitulada posteriormente como *Cinco lições de Psicanálise*, deflagra três destinos possíveis à liberação de desejos inconscientes pela Psicanálise. O resultado mais comum “(...) é que os mesmos desejos, já durante o tratamento, são anulados pela ação mental, bem conduzida, dos melhores sentimentos contrários”. (FREUD, 1910). Outro desfecho possível do tratamento psicanalítico “(...) é que os impulsos inconscientes, ora descobertos, passam a

ter utilização conveniente que deveriam ter encontrado antes, se a evolução não tivesse sido perturbada”. No terceiro e último destino possível de uma Psicanálise, Freud (1910) aponta que “(...) não devemos ensoberbecer-nos tanto, a ponto de perder completamente de vista nossa natureza animal, nem esquecer tampouco que a felicidade individual não deve ser negada pela civilização”. Nesse sentido, quais são os destinos possíveis de uma Psicanálise que se propõe escutar a face sociopolítica do sofrimento?

A pergunta inicial desse tópico traz a consigna da possibilidade e do poder. Os psicanalistas, via de regra, que trabalham fora do contexto do enquadramento clínico tradicional, tendem a se questionar sobre o que podem fazer naqueles contextos e se o que fazem é mesmo Psicanálise. A prática em instituições tem diferenças importantes em relação ao que foi proposto por Freud no início do século passado, entretanto, quando a Psicanálise chega a países como o Brasil, marcados por intensas desigualdades sociais, torna-se assunto relevante pensar as suas estratégias de atuação. Temos várias práticas bem-sucedidas que tensionaram a teoria e trouxeram importantes avanços (ARAGÃO *et al*, 1991; FIGUEIREDO, 1998; FERREIRA, 2001; KEHL, 2004; MILMAN; BEZERRA JR, 2008; MACHADO E GROVA, 2008; BROIDE; BROIDE, 2016; ROSA, 2018; GUERRA; BOSSA, 2020).

Atendimentos pontuais, em grupo ou coletivos, de curta ou maior duração, fazem parte do cotidiano de qualquer psicanalista que trabalhe em instituição. Nesse sentido, como assegurar que o que está sendo feito ali é Psicanálise? Retomando a fala de Freud (1910), conseguiríamos nesse enquadramento liberar os desejos inconscientes?

Em 1918, após o período da Primeira Guerra Mundial, Freud (1918) fez um discurso no Congresso de Psicanálise, em Budapeste, em que afirma:

É possível prever que a consciência da sociedade irá se despertar, e fará com que se lembre de que o pobre deve ter tanto direito à assistência para sua mente quanto dispõe agora do auxílio oferecido pela cirurgia a fim de salvar a sua vida; de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose [FREUD, 1918, p. 210].

Desse Congresso, a diretoria da Sociedade de Psicanálise seria responsável pelo cumprimento de duas resoluções: a padronização da formação do psicanalista e o desenvolvimento de uma clínica sem consultas marcadas, com tratamento gratuito para aqueles que têm recursos limitados. Freud (1918) nesse congresso, a partir dessa fala e resolução, manifesta sua posição sobre as obrigações sociais da Psicanálise (DANTO, 2019).

Deu-se início, após esse evento, à criação de policlínicas em diversas cidades que, apesar de algumas diferenciações, tinham o mesmo objetivo, tornar a Psicanálise acessível

para todos. Embora apagadas na história da Psicanálise durante um bom tempo, de 1918 a 1938, as policlínicas tiveram importante atuação nas cidades onde aconteceram, principalmente em Berlim e Viena (DANTO, 2019).

Com efeito, temos que, embora relativamente colocado em segundo plano, esse debate não é novo no movimento psicanalítico. Aqui no Brasil, a discussão passa a ser mais vigente, na medida em que psicanalistas passam a ocupar lugar nas políticas públicas, e foi por meio delas, muito tempo depois da experiência das policlínicas, que a Psicanálise passou a se ocupar das ocorrências subjetivas das situações de desigualdade social.

Nas instituições, encontramos outros “enquadres”, outras demandas e, conseqüentemente, a exigência de outra posição. Além dos elementos citados anteriormente, reunimos outros a partir de sua especificidade em contextos socialmente vulneráveis, tais como a demanda invertida (muitas vezes nós que convocamos o paciente, ou ele é encaminhado por outro profissional), o silenciamento, o testemunho de relatos de cenas de violência e violação de direitos, dentre outras inúmeras situações onde esbarrávamos num intenso sentimento de impotência ante aquelas realidades retratadas. O trabalho em instituições, nesse sentido, parece exigir mais do que mudanças subjetivas e trabalhar no caso a caso, mas nos confrontar com nosso papel social também de denúncia e de agentes de mudanças coletivas.

Sendo assim, como afirmam Rosa *et al* (2017), a escuta psicanalítica dos sujeitos que se encontram, por algum motivo, em situação de exclusão social, deve levar em consideração os efeitos dos discursos sociais e o modo como podem operar nas relações de poder sobre eles. A escuta psicanalítica nesses contextos pode romper com o pacto social de silenciamento (ROSA, 2002).

Como nos foi situado desde os primórdios da Psicanálise, na análise dos sintomas, devemos escutar o não dito dos discursos dos sujeitos, cabendo adicionar, também, e estarmos atentos aos modos de determinação dos não ditos nos enunciados sociais (ROSA, 2016).

Continuando nesse sentido, buscamos, além de compreender a subjetividade dos sujeitos, elucidar também o que não está sendo dito ou ouvido que faz com que tantos grupos permaneçam em espaços de exclusão social e vulneráveis às mais diversas adversidades. Como nos foi alertado por parte de Rosa (2017), é preciso escutar o sujeito que ocupa esse lugar de resto na estrutura social e que está constantemente sob condição traumática, considerando seu lugar no discurso social. Nesse sentido, a escuta visa a romper barreiras e resgatar a experiência compartilhada com o outro, ou seja, uma escuta como testemunho e resgate da memória.

Rosa (2017) também nos alerta sobre as resistências em escutar pessoas que estão em desamparo discursivo e na posição de excluídas do social. Os relatos das violações e das vulnerabilidades não tendem a ser fáceis para os analistas que os escutam. Nesse sentido, é bastante comum encontrar resistências na escuta dos analistas, seja pelo aspecto impactante dos relatos ou pela própria conveniência de permanecer alienada da realidade que a circunde.

O ponto ressaltado pela autora nos é importante porque retoma as questões da prática clínica em si, com seus potenciais e também com suas dificuldades. Freud, desde os primórdios de sua teoria e ao largo de todo seu percurso, aponta a importância da transferência no tratamento psicanalítico. Tal conceito é debatido por todos os psicanalistas, entretanto, a partir de sentidos diferentes. A instalação, o manejo e o destino da transferência fazem a prática da Psicanálise, e, nesse sentido, a tornam incompatível com a aplicação de uma técnica que pudesse ser utilizada com qualquer pessoa, a partir de instruções precisas. A transferência, portanto, aponta para a dimensão estética da clínica, evidenciando que a qualidade do encontro afetivo será o ponto nodal por via do qual poderemos conduzir à criação de sentidos na experiência clínica da Psicanálise (KUPERMANN, 2008).

Para tanto, Freud, em 1910, atenta para a importância da análise do analista, ao afirmar que uma análise só avançaria até o ponto que avançou a análise do analista. Sendo assim, o autor enfatiza a qualidade do encontro afetivo nas análises e coloca em pauta as habilidades do analista para que ele pudesse exercer uma disponibilidade sensível. Anos depois, o autor passa a falar do controle dos afetos por parte do analista, bem como de suas reações frente a fala e os afetos do analisando. Desta forma, a análise do analista passa a ser uma exigência na formação do psicanalista. O futuro analista deveria conhecer na carne os efeitos do inconsciente, conhecer seus pontos cegos e controlar sua contratransferência (KUPERMANN, 2008).

Aqui vale ressaltar e retomar o que Rosa (2017) aponta como algo que obstaculiza a escuta do analista em contextos socialmente vulneráveis. Ao deparar a crueza de alguns relatos, alguns analistas encontram graves resistências à escuta. Acrescentamos dois elementos e sentimentos que observamos em profissionais que trabalham nesses contextos. O primeiro deles é a pena ou dó. O que geralmente causa o seguinte movimento: através da pena, muitos profissionais se enchem de certa onipotência e tentam “resolver alguns problemas” da vida daquele paciente, os colocando em uma posição de infantilização. Embora envolto das melhores intenções, esses sentimentos não permitem que o profissional veja aquele paciente como um sujeito de desejos, e as expectativas em torno de seus conselhos acabam por tornar as relações turvadas por outras questões, formando dois grupos de

pacientes: os obedientes e os rebeldes. O segundo grupo é público privilegiado dos serviços de Psicologia. O segundo sentimento percebido é o da curiosidade. Alguns profissionais tendem a se envolver tanto com as histórias contadas que se entrelaçam numa trama na qual as perguntas vão mais no sentido de saciar a curiosidade do profissional do que de fato oferecer uma escuta para o paciente.

Sabemos que o espaço institucional é substancialmente diferente do que foi idealizado no início da elaboração da clínica psicanalítica, entretanto, não impede que possamos pensar em espaços de escuta, onde uma presença sensível possa operar no sentido de acolher e manejar a angústia de inúmeros pacientes que só tem aquele espaço para se colocar, ou pelo menos inicialmente, sem perder de vista sua subjetividade e singularidade ante as adversidades.

Ferenczi (1924), ao dissertar sobre uma série de práticas controversas que alguns analistas estavam realizando na clínica, e ao advogar que alguns analistas da época estavam mais preocupados com a teoria do que com a prática clínica, afirma que se torna necessária uma correção constante da teoria pelos novos conhecimentos obtidos por via da prática. O autor sugere, então, uma nova fase nos progressos da Psicanálise, que ele chama de fase do experimentado. O conhecimento adquirido da Psicanálise estaria a serviço do tratamento, provocando experiências vividas. Nessa perspectiva, o analista deve dosar bem sua intervenção e apoiar-se mais na experiência do que na explicação.

Já em 1928, em seu artigo intitulado *Elasticidade da técnica psicanalítica*, Ferenczi (1928) lança mão do conceito de tato. A partir do tato psicológico, o analista estaria advertido de saber quanto e como comunica algo ao seu paciente. Na sequência, afirma que tato significa a faculdade de “sentir com”. Por meio da própria análise, dos estudos teóricos e dos atendimentos clínicos, o analista é capaz de desenvolver tal habilidade de modo a conseguir fazer com que o paciente faça associações que antes não conseguia e perceber qual o momento certo de silenciar e de comunicar. O autor atenta, ainda, para o fato de que não se trata de fazer com que o paciente se livre de todo o sofrimento, uma vez que aprender a suportar o sofrimento faz parte de um dos resultados da análise. Nesse mesmo texto, o autor aproxima o papel do analista ao brinquedo João-teimoso, com o qual o analisando exercita seus afetos de desprazer. Na sequência, aponta a importância no analista se confrontar com os limites do seu saber, se afastando de uma posição de mestria. O autor exemplifica com um caso cujas objeções dos pacientes o fizeram pensar melhor sobre o caso. Salienta que a experiência no analista conta na fundamentação de sua interpretação, porém é importante aguardar o tempo do paciente.

Esse último texto tem uma importância fundamental, na medida em que aponta a posição do analista em situações complexas. Diferente do que se pensara até então, Ferenczi (1928) aponta que não é o analisando que deve se adaptar à técnica psicanalítica, e sim o analista que precisa ter essa flexibilidade elástica necessária para atender casos considerados difíceis ou não analisáveis. Nesse sentido, alguns pacientes, que não conseguiam sonhar, associar livremente, cometer atos falhos, e estabelecer uma transferência, Ferenczi (1928) sugere que o analista deve manter uma presença sensível (KUPERMANN, 2019).

Essa posição do analista proposta por Ferenczi, denominada por Kupermann (2019) como estilo empático, se diferenciava do comportamento interpretativo proposto por Freud, entretanto sem anular um ao outro, sendo alternáveis entre si. Em alguns casos, entretanto, as ênfases colocadas em cada estilo fazem diferença.

Quando tomamos como base os casos de mães e crianças atendidas no IPREDE, marcados por múltiplas vulnerabilidades, essa proposição se enquadra como uma escuta possível. Como vimos dizendo até aqui, essas famílias são assinaladas por diversas situações que podem virar excessos psíquicos, juntando a isso a escassez de espaços de elaboração produzidos pela inviabilização de seus corpos e de seus sofrimentos, sendo a escuta que se faz possível e necessária uma escuta sensível. O tato do analista, ou empatia, como traduzido por outros autores, se faz necessário; para, de um lado, não promover situações em que o desmentido mais uma vez opere, e, por outro, o espaço de escuta seja assinalado por um acolhimento, e não apenas mais um lugar de puro sofrimento.

Kupermann (2019) aponta que a virada que Ferenczi faz em sua clínica enfatiza para a comunidade analítica a constituição de um “enquadre” especializado para o cuidado com aqueles que experienciam intenso sofrimento psíquico. São situações específicas, sob as quais o sofrimento psíquico é restritivo, e que acabam empobrecendo a experiência existencial. O psicanalista precisa, portanto, criar um espaço de fala propício para que o paciente “solte a língua”. O espaço da análise é um lugar que facilita o surgimento de palavras que são capazes de evocar o sentido da singularidade de cada paciente.

E é nesse contexto que a importância da noção de cuidado na clínica psicanalítica se faz presente. Para fundamentar melhor, é importante retomar a discussão sobre a metapsicologia do cuidado, proposta por Figueiredo (2012). O autor relaciona as práticas de cuidado com um “fazer sentido” a acontecimentos da vida, ou seja, promover ligações e inteligibilidade a experiências que promovem turbulência emocional.

O processo de “fazer sentido” está relacionado com um fato criativo que surge do mais passional e primitivo da experiência humana para a sua articulação e simbolização.

Nesse sentido, quando o sentido se fixa, se cristaliza, esse processo é interrompido, estancando a criatividade. O não sentido fica do lado do núcleo primitivo, enquanto o fazer sentido necessita da criatividade. O fazer sentido está ligado às operações de desligamento, separação, recorte, articulação e reunião (FIGUEIREDO, 2012).

A dimensão das experiências traumáticas está sempre à espreita do fazer sentido, uma vez que se relaciona ao irrepresentável. O sofrimento também comparece como algo inerente ao fazer sentido, já que nas operações de desligamento ou ligação alguma violência é exercida. Nesse processo há um tempo onde forças contrárias entre o ligar e o desligar se fazem presentes simultaneamente, deixando o sujeito entregue ao não sentido (FIGUEIREDO, 2012).

Existe a diferença entre níveis e modalidades do fazer sentido. Essa atividade parte de processos adaptativos e comportamentais primitivos, passando pela criação dos sistemas sociais de signos que organizam a experiência humana no sentido da realidade compartilhada, chegando até a formação de símbolos disponíveis para as experiências emocionais singulares de uma pessoa. As atividades criativas envolvidas na última etapa estão demarcadas pela experiência de sofrimento e necessitam, portanto, acontecer em condições que modulam e atenuam esse sofrimento, ou seja, em relação com o contexto da cultura. Conclui-se, portanto, que o fazer sentido se dá no plano intersubjetivo, onde pode ser exercido desde suas formas mais primitivas até as mais elaboradas (FIGUEIREDO, 2012).

Com efeito, a noção de cuidado em Psicanálise nada se aproxima de um assistencialismo, mas sim de um trabalho relacionado ao social, ao intersubjetivo, onde o analista pode comparecer a partir de seu posicionamento clínico. Tal posicionamento se faz mais pertinente ainda quando pensamos na Psicanálise fora do enquadramento clínico tido como tradicional.

A esse debate, Kupermann (2019) também traz importantes contribuições. O autor afirma que o “tempo do indizível” ou do traumático exige do analista uma hospitalidade necessária para aquele que não consegue pôr em palavras as experiências determinantes de seu sofrimento. Já o “tempo do testemunho” requer do analista a empatia que possibilitará escutar, sentir e testemunhar a dor silenciada e emudecida no analisando. O “tempo do desmentido”, por sua vez, exige do analista saúde necessária para que ele possa oferecer sua presença sensível diante do incomodo e do horror imposto pela repetição da situação traumática.

Por isso apostamos no IRDI como um instrumento capaz de fazer uma ampliação no olhar dos profissionais dos serviços de atenção à saúde, abrindo espaço para o que pudemos testemunhar nas vinhetas seja enfatizado e fortalecido.

Roussillon (2019) afirma que, em casos que ele considera psicopatologias de situações difíceis, existe uma dificuldade nesses pacientes de colocar em palavras as imagens que se produzem neles, ou seja, há uma dificuldade de representar, e assim tendem a passar situações não representadas pelo motor, ou pelo corpo, por meio de ações. Nesses casos, é como se o mecanismo de transformação não funcionasse ou falhasse em determinados pacientes. É importante aqui o analista estar atento ao que se passa além da linguagem verbal, mas também no seu corpo e no corpo do paciente, incluindo isso de várias maneiras, postura, tom de voz etc.

Essas indicações nos dão meios bastante necessários na clínica com pessoas que experienciam constantemente essas situações. Lembramos que, além da vivência de uma situação traumática específica, nossas pacientes eram constantemente marcadas por inúmeras situações cotidianas assinaladas por excessos. Nesse sentido, a repetição e a constância desses acontecimentos precisam ser levadas em consideração.

A ética do cuidado, principalmente para aqueles que passam por sofrimentos e a quem são negados os espaços de elaboração, se faz como um destino possível para aqueles que atuam nos contextos acima citados. Aqui, a sensibilidade e a percepção se alocam também no lugar de escuta, no lugar destituído de saber, para que, por intermédio do contato com o paciente, as intervenções possam ser feitas de modo mais coerente. Nesse caso, a partir dessas premissas, atento a esses pontos o psicanalista tem muito a contribuir em instituições e fora do seu enquadramento clínico tradicional. Tanto nos atendimentos clínicos individuais, quanto na sustentação de um lugar e de um discurso que pode ser da equipe, facilitando para que os profissionais também partam de um lugar de acolhimento e empatia e evitando os efeitos iatrogênicos que alguns atendimentos podem provocar.

Moretto e Prizskulnik (2014) entendem o lugar ocupado por um psicanalista em instituições como, sobretudo, um lugar simbólico, uma localização subjetiva. Para isso, as autoras sustentam que os lugares do psicanalista nessa equipe estão relacionados principalmente a dois aspectos específicos: o tipo de demanda que é dirigido a esse profissional, o que indica o modo como essa equipe se relaciona com a subjetividade dos pacientes e aquela pela qual esta demanda é escutada e o tipo de resposta que é dado.

A Psicologia, via de regra, é convocada nos equipamentos de saúde por profissionais dessa área justamente quando eles encontram dificuldade de lidar com a

subjetividade dos pacientes, ou seja, quando eles lhe referem aos limites de sua ação ou do que fora aprendido e utilizado até então. Quando faltam os recursos já utilizados com aquele paciente, o psicólogo é convocado. Nessa convocação, acontecem duas expectativas. A primeira é que o psicólogo, a partir de uma intervenção ortopédica, normatize aquele paciente, e que ele volte a se engajar no tratamento, ou tentar compreender a subjetividade do paciente de modo que o profissional consiga atingi-lo. Na primeira expectativa, o paciente é que se molda ao profissional, na segunda o profissional se molda ao paciente a partir da colaboração daquele que entende melhor sobre a subjetividade, a saber, o psicólogo. Nesse sentido, as observações feitas por Ferenczi sobre isso pode nos servir também para a colaboração de uma escuta sensível para toda a equipe envolvida.

É sabido que nos últimos tempos o lugar da subjetividade tem sido expurgado das práticas médicas que andam cada vez mais próximas de uma relação técnica, ou seja, generalista, sem rosto (DUNKER, 2011). Isso não quer dizer, entretanto, que a subjetividade deixe de existir, mas há nesse processo um maior embaraçamento frente ao seu aparecimento. Importante é atentar, portanto, para os riscos da Psicologia se associar a uma área de “especialista da subjetividade”, onde o lugar da subjetividade só se dirigisse a ela. Nesse contexto, a atuação do psicólogo ou psicanalista se limitaria aos atendimentos clínicos e atuação junto ao paciente e não com a equipe dentro de uma lógica interdisciplinar, ou seja, não inserido, como apontam Moretto e Prizskulnik (2014).

Demarcado pela ética da Psicanálise, o psicanalista sustenta o lugar do desejo do inconsciente e não tem compromisso com o lugar ideal de bem-estar social, numa via normativa muitas vezes compartilhada pela equipe. No compromisso com a subjetividade, fica impossível uma ação pautada previamente, a partir de um guia ou uma cartilha de como fazer, ou seja, de se articular com uma técnica. Como afirma Moretto (2019), a função do analista, independentemente do espaço que ocupa, é oferecer uma escuta diferenciada. No momento em que o analista se situa na sua posição, é possibilitado que o paciente entre em contato com a sua fala, e se escute de fato, e a partir disso, facilitar que o sujeito se subjetive. Dessa forma, a escuta psicanalítica possibilita que o sujeito saia da posição de objeto que faz parte da cena do acontecimento, para uma posição subjetiva de sujeito da experiência, permitindo que, desse modo, ele se aproprie do acontecimento, transformando-o em uma experiência de vida (MORETTO, 2019).

Outro importante ponto levantado pela autora é que, em algumas situações, o paciente compreende que sua história de vida não vale a pena ser contada. A experiência clínica mostra, entretanto, que a forma como nos interessamos pelo que as pessoas têm a dizer

faz com que elas valorizem também o que dizem. Nesse sentido, a posição do interlocutor com uma escuta atenta e interessada será fundamental (MORETTO, 2019).

Para contribuir com esse debate, com base na sua experiência, Moretto (2019) elenca alguns indicadores de risco que facilitam o profissional da área da saúde a identificar os casos em que seria necessária a convocação de um psicanalista na equipe. O sofrimento, como algo inerente à vida, não seria suficiente para que essa escuta especializada pudesse operar. É necessário também todos os profissionais da área da saúde fazerem uma escuta atenta ao sofrimento de quem procura ajuda. Segundo a autora, para o encaminhamento de uma escuta psicanalítica, seria importante identificar os cenários: quando o paciente se identifica demasiadamente com a doença; quando o paciente se vê vencido pela doença; quando a família dificulta de algum modo, seja pela negação ou pela exigência de uma aceitação imediata, o processo de elaboração do paciente em relação à própria doença; quando o paciente não se apropria de sua doença; quando há uma excessiva racionalização do paciente em relação à sua doença; quando a equipe encontra dificuldades para lidar com os afetos do paciente; quando a equipe busca explicar via diagnósticos psicológicos os sentimentos do paciente; e quando o paciente se coloca como coadjuvante da sua história (MORETTO, 2019).

Pensar em indicadores facilita o diálogo com a equipe de saúde. Assim como IRDI, os indicadores trazidos por Moretto (2019) facilitam também o diálogo da equipe com as questões referentes à subjetividade do paciente, passando a exigir sobre ela um olhar mais sensível. Não se trata de inundar os profissionais de saúde de mais protocolos técnicos e sim de alertá-los para um olhar que apreenda a subjetividade de cada caso, trazendo a dimensão da ética do cuidado.

### **5.3 Entre a técnica e a ética do cuidado**

Entendemos, com suporte nas contribuições de Ferenczi, a ética do cuidado em Psicanálise como baseada na hospitalidade, na empatia e na saúde do analista. O tempo do indizível pede do analista a necessidade de uma hospitalidade para o acolhimento para aquele que não consegue enunciar ou tem muita dificuldade em enunciar em palavras as experiências que demarcam seu sofrimento. O tempo do testemunho exige do analista a empatia que possibilitará a escuta e, por último, o tempo do desmentido que requer do analista a saúde para que possa trabalhar na sua experiência sensível frente ao que é comunicado e vivido na repetição traumática (KUPERMANN, 2019).

A ética do cuidado em Psicanálise perpassa a experiência subjetiva de uma noção do inconsciente, de modo que teríamos como extremo oposto o lugar da técnica, objetiva, sem sujeito, onde não há espaço ou um espaço delimitado ao subjetivo.

A questão da técnica vem sendo debatida por vários autores. Dentro da Psicanálise, esse termo surge nos escritos de Freud em alguns artigos sobre o que o editor de sua obra denomina como “artigos sobre a técnica”. Tais escritos tinham como objetivo um retorno às questões da clínica. Como, no entanto, pontua Ferenczi (1924), tais artigos vão muito mais na ordem de recomendações, orientações e incidem mais no que não fazer no que propriamente como um conjunto de regras rígidas, que seriam incompatíveis com a prática psicanalítica. Isso porque, por mais que existam premissas fundamentais que embasam o fazer do psicanalista, é impossível prever os acontecimentos e determinar uma fórmula exata com regras fixas. Segundo Freud (1912),

a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos anímicos e a riqueza de fatores determinantes resistem à mecanização da técnica e permitem que um procedimento em geral correto permaneça eventualmente sem efeito, e que um outro, normalmente errado, conduza ao objetivo (FREUD, 1912, p. 75).

Como afirma Dunker (2011), o tratamento psicanalítico, embora opere dentro de uma lógica homogênea e covariante quanto aos seus elementos constitutivos, existe uma heterogeneidade quanto ao conjunto de seu tratamento. O psicanalista, como confirma o autor, não faz sempre a mesma coisa durante o tratamento. As variadas demandas, sintomas e modalidades de sofrimento e mal-estar fazem com que essa heterogeneidade seja uma constante em seu percurso (DUNKER, 2011). E é nessa perspectiva que a Psicanálise está mais próxima do campo da ética do que o da técnica.

Esse fator se confirma no que dissertamos anteriormente sobre a posição do analista perante o seu paciente. Se quem deve se adaptar ao caso é o analista, temos que essa mudança de posição será uma constante, uma vez que será na escuta do paciente que nos balizaremos.

A técnica, entretanto, tem sido amplamente debatida nos últimos anos, haja vista o lugar que tem ocupado no nosso cotidiano como algo também que, além de facilitar aspectos da vida, traz consigo um afastamento e uma delimitação da subjetividade, uma vez que atrapalharia seu pleno funcionamento.

A técnica, como compreendida por Dunker (2011), é uma prática anônima de um conjunto de regras que visa a um determinado fim, a um objetivo. A técnica, portanto, não

muda de acordo com a subjetividade de cada paciente, ela é sempre a mesma, independente de quem a aplica ou de quem a ela é aplicada. Existem algumas variações de acordo com os contextos, mas ela sempre será um instrumento empírico ou formal anônimo que visa a obter determinado resultado de maneira sistêmica e reprodutiva. Ou seja, por mais que possa ser utilizado de modo versátil, não deixa de ser um instrumento ou protocolo (DUNKER, 2011).

Dentro da história da ciência, a técnica vem ganhando cada vez mais espaço. A subjetividade passou a ser vista como algo que atrapalha a ascensão do conhecimento científico, seguro, objetivo. O interesse em estudar a subjetividade vem inicialmente no sentido de compreendê-la para depois retirá-la (FIGUEIREDO, 2007).

A subjetividade passa a ser, portanto, esse incômodo para a ciência, aquilo que a impede de chegar em sua plena potência. Essa lógica enveredou pelo campo da pesquisa científica para entrar no terreno da cultura, de modo que passou a fazer parte do cotidiano. Assim como a ciência, o homem passou a buscar esse pleno funcionamento e para isso o discurso médico passa também a produzir e a responder essa demanda. Desse modo, todo mal-estar que surge nesse processo passa a ser calado, ou seja, “medicalizado” em suas mais diversas modalidades. Nesse sentido, aparece uma técnica, um modo de fazer para as mais diversas esferas da vida humana, desde as mais públicas às mais particulares. A expressão “tecnificação da vida” nasce nesse contexto. Sabemos, todavia, que a cada dia surgem inúmeras maneiras de mal-estar como resposta a essa tentativa de retirada da subjetividade, e os métodos científicos e as práticas “medicalizantes” parecem não dar conta dessas demandas (DANTAS, 2014).

Nascem, nesse contexto, dezenas de protocolos e guias técnicos de como proceder, inclusive, com casos que fogem à norma. Proceder sempre da mesma maneira, com base em protocolos rígidos, vai em oposição ao que temos como a ética do cuidado. A ética do cuidado está do extremo oposto da lógica tecnicante, por depender fundamentalmente e justamente dessa subjetividade para saber como operar. A vida é constantemente contingenciada por acontecimentos e o “dar sentido” como proposto por Figueiredo (2007) é uma operação própria da subjetividade, não havendo, portanto, como colocar isso numa lógica técnica.

Não significa, entretanto, que a técnica não tenha serventia no nosso cotidiano ou no avanço da ciência. O problema que se impõe é o lugar hegemônico dela na contemporaneidade em detrimento de uma diminuição e delimitação da subjetividade. Mediante a técnica, alcançamos inúmeras conquistas que facilitaram nossa vida. O problema

aparece quando ela centra esforços para destinar o lugar da subjetividade, colocando sujeitos em posições objetificadas.

A lógica da tecnificação da vida cotidiana, como dito anteriormente, avança a passos largos e vai além das questões públicas, incidindo também nas questões privadas, provocando efeitos iatrogênicos que aparecem como mal-estar. As relações de cuidado e maternidade também são assinaladas por essa lógica.

Surgem nessa proposta inúmeros manuais, com receitas prontas, ou seja, técnicas de como criar filhos, como cuidar melhor. Essas técnicas aparecem em todas as linhas de cuidado, como, por exemplo, amamentação, alimentação, manejo do sono, estimulação, dentre outros. O que todas essas propostas têm em comum, entretanto, é esbarrar na subjetividade, que, via de regra, sempre encontra um jeito de escapar. Tenta-se, nesse sentido, capturar a subjetividade inerente a todos esses processos e torná-la algo possível de se fazer em série.

Winnicott (1950), em seu texto intitulado *Aconselhando os pais*, deixa bem clara a sua posição em relação ao lugar das orientações profissionais direcionadas aos pais. O autor afirma que, apesar de sempre ter evitado essa prática, o aconselhamento serviria apenas para doenças físicas, quando médicos e enfermeiros devem responder e dar soluções para problemas dessa ordem. Para ele, quando se trata de questões emocionais, o conselho não ajuda. E acha que o juízo moral atrapalha a relação profissional. Em um diálogo mais direto com os pais e profissionais em programas de rádio, Winnicott (1964) retoma esse ponto, afirmando que os especialistas, médicos e enfermeiros, são muito necessários quando algo não vai bem do ponto de vista físico, mas que não são especialistas nas questões relativas a intimidade e quando começam a dar conselhos sobre esse viés entram em solo perigoso. A mãe e o bebê, segundo o Psicanalista, precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria (WINNICOTT, 1964). Os conselhos, nesse contexto, podem na contramão do indicado fragilizar a mãe, deixando-a insegura.

A separação entre problemas físicos e emocionais, entretanto, nem sempre se dão de forma tão exata assim, e com frequência se confundem. Na história de vida do bebê, essa lógica comparece desde o momento do parto que atualmente é acompanhado de uma série de procedimentos hospitalares considerados indispensáveis (IACONELLI, 2005).

Iaconelli (2005) analisa a cena do parto como um dos exemplos mais representativos de como a modernidade lida com as questões da subjetividade, uma vez que nela se encontra consideravelmente diminuído o espaço para as elaborações do vivido, dentre estas a maneira como se lida com o corpo, com a sexualidade e a morte. A ênfase que se tem

dado cada vez mais forte à tecnologia em detrimento da história de vida da mulher, assim como sua “erogeneidade” e subjetividade tem consequências tanto para a mãe quanto para o bebê. O parto é um evento demarcado pela cultura e pelo inconsciente. Consoante a ideologia moderna, entretanto, na cena do parto, a angústia, bem como outros elementos da subjetividade, é tratada por meio de subterfúgios do consumo, ou seja, por meio de “medicalizações”, que amortizam as sensações corporais e controle dos afetos.

Quando o parto, na contemporaneidade, é feito atravessado por uma lógica “medicalizada” e tecnicizada, a mulher assume uma condição de passividade: deixa o bebê passar e interfere o mínimo possível. Existem fantasias inconscientes na cena também, tanto por parte da mãe quanto da equipe que acompanha. Iaconelli (2005) sugere que a cena do parto e o encontro com o desamparo do bebê é um duo de eventos privilegiados na reencenação dos fantasmas de todos os que participam do procedimento. Muito se fala dos impactos subjetivos e fantasias inconscientes da mãe na cena do parto, mas pouco se fala sobre as repercussões na equipe. O asséptico da cena do parto entra como uma possível resposta de evitação de surgimento de angústia frente a conteúdos relacionados ao erotismo e à morte (IACONELLI, 2005).

A mãe e o bebê podem ser envolvidos por essa lógica da negação, do apagamento subjetivo e da tecnicização, ilustrando o modo como essa relação também é envolta pela cultura e seus ideais.

O problema, portanto, não está na utilização da técnica e dos saberes advindos da ciência no cotidiano, mas sim em como isso entra como um instrumento para tamponar os aspectos subjetivos que possam aparecer fora do previamente esperado, entre eles, mais especificadamente, a angústia. A mãe também pode se socorrer da tecnicização do cuidado para tamponar os limites do seu saber e a angústia que disto provém. Isso, entretanto, não é sem efeitos para o bebê que está em constituição.

O jeito como a técnica transpõe essa relação muda substancialmente se refletirmos sobre as classes sociais e o livre acesso à informação. A mãe escolarizada busca isso de forma ativa, a mãe com menor escolaridade e diminuída em suas possibilidades de escolha, pode chegar a isso mais passivamente, ou seja, por meio de profissionais que acompanham sua gestação e parto. O lugar que a técnica tem para essas mães poderá adquirir destino subjetivo distinto.

Como vimos em Iaconelli (2005), o encontro com o desamparo do bebê evoca uma série de fantasias inconscientes. O encontro com a criança em situação de pobreza muitas vezes permanece com esse imaginário do desamparo ou de um cuidado insuficiente. Nesse

sentido, muitos profissionais entram no lugar de tentar suplementar esse cuidado, apontando a insuficiência materna e determinando, amparados pela técnica, um cuidado ideal.

O cuidado, como vimos, também é marcado pela subjetividade e, assim, não existe técnica que dê conta de sua complexidade, embora possa auxiliar em algum nível, como, por exemplo, quando a mãe se sente amparada e dignificada. É nesse sentido que uma escuta sensível que perceba esses fatores se faz fundamental para o acompanhamento dessas famílias sem que caiam, portanto, numa negação de seus saberes.

A Psicanálise produziu inúmeras contribuições para o debate sobre a constituição psíquica e a relação entre a mãe e o bebê. Sempre foi, contudo, uma teoria que trabalha no avesso dos discursos que prometem predição e garantias. A teoria psicanalítica, portanto, vai se ocupar da escuta, sem perder de vista a incompletude do saber, apontando para o que escapa às possibilidades de apreensão pela linguagem. A experiência, para a Psicanálise, sempre será maior do que a linguagem pode aplacar. Desse desencontro, sempre haverá produção de sintomas, atos falhos, dentre outros. O psicanalista vai se centrar exatamente nesse resto que, via de regra, as outras ciências tentam ignorar ou calar. O discurso psicanalítico, no avesso da “patologização”, visa a reconhecer nos sofrimentos humanos as expressões possíveis de uma subjetividade que sempre será única, entretanto, atrelada à época na qual está inserida. Nesse contexto, a abordagem das questões entre a mãe e o bebê será feita a partir do protagonismo da escuta e de como a angústia surge nessa relação e quais são as possíveis respostas operadas por parte de cada um, sem perder de vista como a cultura lida com essa angústia e com essas respostas, conforme sinaliza Iaconelli (2020).

A parentalidade pode ser considerada como a “(...) produção de discursos e as condições oferecidas pela geração anterior para que uma nova geração se constitua subjetivamente em uma determinada época” (IACONELLI, 2020). Não existe, nesse contexto, um modelo específico a ser seguido, entretanto, algumas balizas se fazem importantes. A reflexão precisa ser feita, sobretudo nas condições oferecidas, tanto para a mãe quanto para a criança, para que essa possa advir como sujeito.

Atualmente, a parentalidade tem sido colocada com uma ilusão possível na qual seria possível ocorrer sem erros, e corrigindo as imperfeições da civilização. Esse lado da parentalidade é descrito por Teperman (2020) como normativa e ortopédica. Nela existem a imagem idealizada de pais comprometidos com a educação dos filhos e sem os conflitos e dramas relacionados às questões familiares.

Quando esses ideais não são cumpridos por algum motivo, sobrevém uma intensa preocupação com a criança e os pais são convocados. Importante, nesse contexto, é enfatizar

que, por trás das preocupações com a criança, há um juízo de valor referente aos pais, mesmo que se reconheça a existência de famílias com suas mais diversas configurações (TEPERMAN, 2020).

#### **5.4 O que a experiência IRDI no IPREDE pode contribuir na clínica de bebês em contextos de pobreza e vulnerabilidade social?**

O IRDI foi pensado e elaborado como um instrumento para ser utilizado com toda e qualquer criança entre zero a dezoito meses que chegasse aos postos de saúde para fazer as consultas de puericultura. Constatamos, entretanto, a partir de pesquisas em bases de dados que, apesar de ter partido de uma iniciativa do Ministério da Saúde, o instrumento segue sendo pouco estudado nos programas de pós-graduação de áreas da saúde, exceto a Psicologia. Nesse sentido, aponta para um caminho a ser percorrido que é de fato o de criar condições para um diálogo efetivo com a Pediatria e com a Enfermagem, como posto em seus objetivos iniciais.

A puericultura é uma área da Pediatria que busca compreender o desenvolvimento da criança de modo global, apontando para a necessidade de uma sensibilidade aos diversos fatores envolvidos nisso. Na origem do termo está o sentido de criação ou cuidados direcionados a alguém. Visa à prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de acompanhamentos até o final da adolescência. Envolve diversos aspectos da vida da criança, além das suas relações com o meio (RICCO; ALMEIDA; DEL CIAMPO, 2005).

Apesar dos elementos próximos entre a lógica do IRDI e os objetivos da puericultura, esse diálogo não parece ter se efetivado ainda mais amplamente. Sabemos que existem diálogos entre pediatras e psicanalistas interessados numa ética do cuidado, mas isso ainda é percebido mais como iniciativas individuais e do que como pensado inicialmente em termos políticos ou da criação de projetos de pesquisas científicas interdisciplinares. Isso foi percebido por meio das ainda poucas pesquisas registradas nos bancos de dados da CAPES, como já citado.

Vimos nessas mesmas pesquisas, entretanto, em bases de dados citadas no terceiro capítulo da tese, que o instrumento rompeu barreiras e passou a dialogar com o campo da educação mesmo que o objetivo inicial tenha permanecido: a detecção de risco de maneira precoce. Com a percepção do contexto atual, onde crianças passam um tempo considerável na escola, e esta passa a ter um importante papel no seu cotidiano, alguns psicanalistas viram

nesse espaço um potencial aliado na promoção do desenvolvimento infantil. Com esses novos fins, o IRDI precisou ser adaptado, considerando os distintos agentes de cuidado.

No capítulo anterior, fizemos algumas observações sobre a aplicação do IRDI em contextos socialmente vulneráveis, e como alguns indicadores precisaram ser repensados no momento da aplicação. Como, então, seria pensar numa adaptação do IRDI com crianças e mães que vivem em contextos sociais marcados pela pobreza e vulnerabilidade social?

O IRDI, como vimos anteriormente, se baseia na experiência da clínica com bebês por psicanalistas brasileiros. Nesse sentido, ele já foi elaborado no sistema de saúde que vigora no País, o SUS, e alertados das condições socioeconômicas de desigualdades que envolvem grande parte das crianças que aqui residem. Sabemos por alguns autores (DONZELOT, 1980; GADELHA, 2013) que a infância é um período substancialmente diferente, quando levamos em consideração as situações sociais, históricas e culturais. Não existe uma infância, mas diferentes infâncias a partir do seu contexto e de como são tratadas. É importante salientar, entretanto, que, embora essas diferenças precisem ser levadas em conta quando pensamos sobre elas, algumas condições são necessárias para que a criança se desenvolva.

Pode-se mudar o contexto, a cultura, os modelos familiares, entretanto, algo precisa garantir que um grupo de pessoas consiga dar sustentação para que novos sujeitos surjam (IACONELLI, 2020). Nesse sentido, é importante pensarmos quais são as condições para a assunção do sujeito em uma determinada cultura. Lacan (1969) situa a família como resíduo e delimita o que é irredutível na transmissão, que para o autor não é algo ligado apenas às necessidades, mas relacionado à constituição subjetiva, onde está um desejo que não é anônimo, ou seja, uma pessoa específica que o deseja. Além desse desejo não anônimo, um vetor que encarne a Lei no desejo também existe. Tomando a teoria psicanalítica em Freud, Lacan e Winnicott, o grupo que elaborou o IRDI traz em seus indicadores esses importantes elementos por meio dos seus quatro eixos teóricos: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna.

Adaptar os indicadores segundo o ambiente onde vivem é fazer uma separação das infâncias além do seu contexto, mas do que seria necessário para cada uma se constituir como sujeito. Existem inúmeros elementos que participam da constituição subjetiva, mas é desse irredutível que o instrumento traz, ou seja, o que é estrutural e não dos fenômenos. Ao ir nesse ponto, o IRDI passa a ser um instrumento a ser utilizado em distintos contextos.

Como já afirmamos aqui, entretanto, os elementos relacionados ao contexto no qual a constituição subjetiva se dá não podem ser ignorados no momento em que a aplicação é

realizada. Então, para que isso seja considerado, é fundamental não exatamente uma adaptação, mas situar o campo da clínica em relação ao uso do IRDI.

Trouxemos esse ponto em outra passagem deste trabalho, mas após as considerações que vieram posteriormente, se faz necessário retomar esse argumento. Além do diálogo entre a Psicanálise e as outras ciências da saúde, mais especificadamente a Medicina, o IRDI traz em seu arcabouço a lógica clínica, ou seja, a reintrodução da lógica subjetiva nas práticas de avaliação do desenvolvimento infantil se aproximando da Pediatria do desenvolvimento. Um dos argumentos utilizados na elaboração do instrumento foi a constatação de um suposto desconforto dos médicos quando avaliavam uma criança na qual eles sabiam que havia algo de errado, mas não sabiam afirmar ou nomear, e nem para onde e como encaminhar. Esse argumento, assim como os debates em torno das variadas escalas para a avaliação do desenvolvimento infantil, traz uma reflexão sobre o lugar da subjetividade e de como tem sido tratada por profissionais que situam a técnica em primeiro plano. Trazer os operadores da clínica nesse contexto é retornar a um olhar clínico ampliado, inclusivo do sujeito no singular, mesmo que com algum desconforto inerente.

O desenvolvimento infantil está relacionado a uma complexa rede de elementos que se influenciam de modo sistemático. Não se trata apenas de fazer uma lista de aquisições do desenvolvimento. A lógica clínica permite uma ordenação e uma articulação ante diversos sinais que podem aparecer na criança relacionando mais amplamente com o meio. É importante, portanto, situar a clínica desde sua homogeneidade e de sua covariância.

A preocupação com a formação de jovens médicos se mostra com a aproximação das artes, mais especificadamente, com a literatura, de modo a facilitar, valorizar ou desenvolver a observação sensível, favorecendo o aparecimento do olhar clínico. Camargo Jr (2009) aponta que as questões envolvidas na relação médico-paciente, assim como os aspectos subjetivos do sofrimento humano, têm sido situadas em segundo plano nas formações médicas, tendo como consequência inúmeras dificuldades inerentes à prática, fazendo com que essas novas propostas apareçam no sentido de retomar e requalificar esses elementos.

Dentre os quatro operadores citados por Dunker (2011) como formadores da clínica, o diagnóstico aponta para um reconhecimento do sintoma. Na clínica com bebês e crianças pequenas, via de regra, existe certo receio quanto a esse elemento por considerar o diagnóstico ligado à “patologização” e a uma determinação rápida sobre o futuro da criança. Reconhecer que algo não vai bem com a criança não significa traçar um destino, mas dar visibilidade e facilitar o pedido de ajuda. Necessário, portanto, é repensar a lógica do diagnóstico e de como ele vem sendo tomado na clínica com crianças.

E, nesse sentido, podemos aqui estender as considerações de Ferenczi (1928), afirmando que o instrumento é universal, mas o olhar clínico de quem aplica não. Então, como afirma o autor, mesmo na situação de aplicação de um instrumento, quem se adapta à situação é o clínico e não o paciente. O olhar clínico utiliza o instrumento como baliza, mas pode e precisa ir além dele. Nos processos de treinamento de aplicação do IRDI, além de explicações sobre a constituição psíquica e a observação detalhada dos indicadores, seria essencial trabalhar a retomada do olhar clínico.

O IRDI, embora seja um instrumento de detecção, também tem um potencial interventivo. Então, se pode fazer, no momento da aplicação, uma escuta sensível e empática onde quem aplica está atento aos cuidados da relação entre a mãe e o bebê, fugindo de um ideal técnico. O olhar e o respeito à subjetividade e a dimensão inconsciente já constituem uma intervenção.

As condições de cuidado em situação de pobreza passam pelos diversos pontos levantados anteriormente. Sendo assim, no momento em que o profissional de saúde entra em contato com essas famílias, precisa levar em consideração as especificidades do lugar social e discursivo que essas pessoas ocupam, de modo a não negar suas vivências e tampouco desvalorizar seu saber. Aqui o profissional deverá oferecer a hospitalidade para acolher o sofrimento do sujeito e deixar ser afetado por ele, facilitando a produção de sentido (KUPERMAN, 2016) envolvida na experiência do cuidado frente à sua história de vida e as condições atuais. No caso da aplicação do IRDI, esse acolhimento deve ser feito também em relação àquele que acompanha o bebê, no caso, a família.

Winnicott (1965) defende o argumento de que a família tende a impedir e ajustar possíveis distúrbios da criança, sem precisar necessariamente de ajuda externa profissional. Para o autor, quando a família está funcionando, o objetivo terapêutico será auxiliar a criança que está sendo trazida para o acompanhamento a fazer melhor uso do que a família pode fazer. Testemunhamos na clínica com bebês por intermédio do IRDI que esse é um movimento constante que as mães, muitas vezes sozinhas, fazem ou tentam fazer, entretanto a repetição de situações de vulnerabilidade deixa as crianças susceptíveis aos traumas cumulativos que podem ocorrer.

Importa salientar que, na aplicação do IRDI, comumente, as mães não estão em busca de ajuda ou preocupadas com o desenvolvimento psíquico exclusivo. O IRDI é pensado num contexto de acompanhamento, logo, nem sempre há uma preocupação nesse sentido ali, sendo muitas vezes papel do aplicador apontá-la. Como tal é colocado deve ser pensado e comunicado levando isso em consideração. O conselho de Winnicott (1965) aqui se faz

importante nesse sentido. É necessário ao especialista saber se, quando e como deve entrar na dinâmica familiar.

Constatamos também que, embora exista um esforço por parte das mães de evitar ou adiar o contato da criança pequena com as condições precárias na qual habitam, nem sempre conseguem, até mesmo porque também se encontram inseridas de modo contínuo nesse lugar. Cabe, pois, aos especialistas criar condições para que esse escudo possa ser pensado coletivamente.

Existe atualmente um discurso científico em conjunto com um discurso social que muitas vezes tendem a delimitar as razões explicativas dos fenômenos que envolvem a infância sob uma lógica de responsabilização individual que recai, muitas vezes, na figura materna. Essa atitude entra na lógica de uma negação de suas vivências, conforme apontado por Ferenczi (1933), como o que faz o traumatismo patogênico. Uma escuta sensível, realizada mediante uso do IRDI, tem potencialidade de dar visibilidade a essas famílias, considerando sua história, “despatologizando” seus modos de cuidado e apontando para uma responsabilização coletiva de cuidado.

Um fator bastante observado no processo de aplicação se referiu aos eixos relacionados à linguagem e à função paterna. A linguagem, como tomado pelo instrumento, não se trata apenas de um aspecto cognitivo e isso é importante de ser levado aos treinamentos de quem pretende aplicá-lo. É bastante comum o fato de alguns estudos atrelarem atrasos de linguagem a populações pobres, mas, como situa criticamente Sawaya (2001), ao apontarmos padrões preestabelecidos em torno dessa questão, tomando as vivências das classes mais favorecidas como “normais”, estamos ignorando o contexto e os modos de sociabilidade de crianças que vivem em situação de pobreza. O que tomamos como estímulos e modelos de famílias diverge substancialmente de uma classe para outra. Importante, nesse sentido, é ampliar essa noção para além da quantidade de palavras ou de uso correto destas, mas colocá-las dentro de uma ordem mais ampla e relacional, de modo a compreender as complexidades em questão e que, via de regra, ao entrarem em consultórios, se afastam de seu ambiente habitual.

Quando Winnicott (1960) lança sua célebre frase “não existe essa coisa chamada bebê”, chama atenção para as relações em torno do bebê, ou seja, onde há bebê há alguém cuidando dele. A vida do bebê começa numa relação intersubjetiva e isso precisa ser levado em consideração quando pensamos nos cuidados necessários de uma criança. Winnicott (1949) evoca também o potencial singular que a criança tem de se desenvolver, na medida em que as condições ambientais puderem ser fornecidas. Uma intervenção profissional vai no

sentido, entretanto, de sustentar essa família para que ela possa levar esses cuidados adiante, quando encontra dificuldades para isso. A atenção profissional pode cuidar da família, ampliar essas condições, mas também perceber se algo do ponto de vista psíquico faz obstáculo ao exercício da função materna, identificando quando existe uma dimensão psicopatológica em jogo.

Ao se pensar, pois, em medidas de cuidado com as crianças, é necessário pensar em medidas de cuidado com a família, seja reforçando o escudo protetor ou questionando a realidade que permita que tantas pessoas sigam vivendo em constante situação de precariedade e desamparo social.

Para isso, portanto, é necessário que os profissionais que trabalham com a infância, além de promoverem uma escuta sensível e empática, também reflitam sobre as possibilidades de pensar mais amplamente no cuidado da infância, descentralizando a individualização da responsabilidade materna. Parece-nos que a retomada das ideias do psicanalista Sándor Ferenczi se faz bastante útil nesse contexto.

Quando o IRDI é pensado dentro dessa retomada de um olhar clínico, ele permite que o profissional acesse e tenha contato com os modos de cuidados estabelecidos ali. Quando o risco é detectado, há um olhar para aquele caso, que pode ser desdobrado em cuidado. A intervenção a ser pensada com a detecção não pode ser centrada apenas na figura materna, embora ela seja uma importante aliada. É necessário que, a partir da detecção, se crie uma rede de cuidados para aquela família, de modo a dar sustentação para a família e o bebê. A aplicação do instrumento, por si, não é capaz dar conta dos elementos levantados acima, mas possibilita um caminho por onde profissionais possam resgatar o olhar clínico e refletir sobre as diversas modalidades de cuidado que podem acontecer ali, considerando a intersetorialidade.

O campo da Medicina, quando lança os fundamentos envolvidos na puericultura, abre um espaço para diálogo necessário entre outros campos do saber. Os psicanalistas, por sua vez, quando abrem caminho para pesquisas como a que resultou do IRDI, também situam a importância desse mesmo diálogo. A Psicanálise aponta para os limites dos discursos, para a impossibilidade de um saber-fazer completo, único. Não se trata, portanto, de capacitar pediatras acerca de como a Psicanálise compreende o desenvolvimento, mas de criar um meio possível onde possamos nos relacionar com esses limites de outra maneira, sem perder de vista as especificidades de cada campo. Tal diálogo precisa ser pensado ampla e politicamente, de modo a repensar o campo de assistência à infância onde o meio possa ser

considerado dentro de sua complexidade e especificidade, ou seja, onde haja espaço para a diferença, a fim de a subjetividade poder advir.

Por fim, defendemos o ponto de vista conforme o qual o IRDI, apesar de apresentar algumas limitações como citadas anteriormente, é um potente instrumento de diálogo entre as distintas disciplinas que trabalham com a primeiríssima infância e se mostra como mais uma importante proposta de contribuição da Psicanálise na interseção com a saúde coletiva. Além de potencializar a escuta de profissionais no que se refere às problemáticas parentais, permite que eles consigam perceber o sofrimento psíquico de bebês além da lógica orgânica já bem estabelecida nos atendimentos clínicos de acompanhamento infantil. O instrumento, por ser pensado para aplicação de vários profissionais, encaixa-se bem na lógica da atenção primária de saúde, encaminhando apenas os casos necessários para a atenção especializada. Por partir desse diálogo, dá importantes contribuições à lógica da clínica ampliada, uma vez que permite a instauração de dispositivos que possibilitam ampliar a compreensão do sofrimento da criança e da sua família, dando condições de que dentro da atenção primária de saúde, seja facilitada uma intervenção a tempo de apontar e agenciar novas subjetivações (MARTINS; VILHENA, 2014).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Freud (1985), desde os primórdios de sua teoria, aponta a necessidade radical da figura de um outro nos cuidados direcionados ao bebê. Os cuidados tidos como mais objetivos, como, num exemplo, alimentar e proteger, já eram conhecidos e praticados de modo a garantir a sobrevivência da nova geração. O principal ponto e a grande novidade envolvida no pensamento freudiano em relação a isso é salientar os aspectos psíquicos envolvidos nesses primeiros momentos da vida do bebê. A partir disso e das contribuições de alguns autores, como Winnicott, Spitz, Lacan, Dolto dentre outros, posteriormente temos que não basta suprir apenas as necessidades ditas orgânicas do bebê, mas que, para que ele advenha como sujeito, existem algumas condições fundamentais que precisam ser exercidas por um outro desejante que possa exercer importantes funções.

Freud formula sua teoria, como já sabemos, a partir de um tempo histórico e expressa por uma cultura específica, ou seja, dentro da lógica de uma família européia e nuclear. Apesar disso, o autor traz contribuições fundamentais para que pensemos sobre o processo de constituição subjetiva e quais são as condições para que ela consiga operar. Ao pensar nos aspectos estruturais desse processo em termos de funções, desnaturalizando a maternidade e a paternidade como algo determinado biologicamente, possibilita com que sua teoria seja pertinente dentro do contexto brasileiro e de redes de atenção voltadas às famílias envolvidas em condições de pobreza, sem, entretanto, abrir mão das especificidades.

Nesse sentido, foi fundamental discutirmos como as situações de pobreza, que vão além das limitadas condições materiais, mas marcadas também pela restrição da liberdade, como aponta Sen (2000), vulnerabilizam pessoas e facilitam sua exposição ao traumático, sendo a violência uma das suas mais expressivas modalidades. O trauma, como pensado na teoria psicanalítica, não é algo necessariamente determinado pelo acontecimento objetivo, mas sim pela subjetivação desse acontecimento. Freud dá importantes contribuições nesse sentido, mas foi Ferenczi (1933) que ampliou esse debate para as relações sociais, ao enfatizar a importância do relacional e do intersubjetivo na traumatogênese. Para esse importante autor, é necessário o terceiro tempo para que o trauma se configure. Esse é marcado como o tempo do testemunho. Assim, além de um acontecimento e da subjetivação, o trauma aconteceria quando a pessoa que o enfrenta busca uma testemunha e não consegue nessa figura, eco da sua vivência, ou seja, são desmentidas. Ao trazer o terceiro tempo, Ferenczi enfatiza a importância do reconhecimento social no processo de elaboração dessas situações. Nesse sentido, torna-se instigante também investigar como os circuitos de reconhecimento se dão

dentro do laço social a partir do seu contexto histórico e cultural e qual o lugar do testemunho nessas configurações. O sofrimento é algo inerente à condição humana, entretanto nem todos são igualmente reconhecidos e tratados como tais.

Pessoas em situação de pobreza estão mais expostas à essas situações porque vivenciam cotidianamente uma realidade marcada pela intensa precariedade e por profunda invisibilidade operada seja pelo meio social, seja pelo próprio Estado. Aqui, além de estarem constantemente expostas à diversas situações adversas, a população em situação de pobreza não encontra eco na sociedade, sendo constantemente desmentida de suas experiências e não tendo o reconhecimento de seu sofrimento.

Escutar pessoas marcadas por essa realidade sinaliza inúmeros desafios, desde os aspectos estruturais que apontam para uma distância visível entre os profissionais que atuam nesse contexto, desde a própria posição discursiva que cada um ocupa, até elementos mais clínicos e sutis trazidos nos relatos de pessoas que são constantemente marcadas por exposições a diversas situações. Também nos é concedida a oportunidade de nos colocar no lugar do testemunho e do reconhecimento, de modo a possibilitar a elaboração de situações difíceis, facilitando com que os sujeitos transformem suas vivências em experiências, como apontado por Moretto (2019).

A experiência de maternidade e cuidado com outro, quando vivenciada sob essas condições, atravessa inúmeros desafios, como citados do decorrer desta tese. Juntam-se aqui elementos relacionados a classe, gênero, raça e a interpelação de uma nova geração que advém dessa anterior. Essas crianças precisam das mesmas condições para advir como sujeito daquelas apontadas por Freud. Como pensar, então, nesses cuidados operados nessas condições?

Em busca de expandir os conhecimentos advindos da Psicanálise, um conjunto de psicanalistas brasileiros aceitou participar de um grande desafio que foi levar a Psicanálise para fora dos consultórios particulares e contribuir com campo da saúde pública. Nesse movimento, o encontro com outros discursos produziu novos e fundamentais desafios. O IRDI foi o resultado dessa grande empreitada que ainda hoje promove intensos debates, principalmente na articulação entre o discurso médico e a teoria e prática psicanalítica.

O IRDI, mais de dez anos após sua criação, continua rendendo pesquisas que apontam para os seus limites e alcances, bem como com outras possibilidades de articulações. Continua, entretanto, sendo um instrumento estudado de modo qualitativo mais por psicólogos e psicanalistas do que pelos outros profissionais da área da saúde. O IRDI faz uma importante articulação entre as noções de prevenção e clínica, inserindo-os obrigatoriamente

na sua prática. Inscreve e traduz em seus indicadores o que chamamos de irreduzível da constituição psíquica através de seus quatro eixos teóricos: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna.

O IPREDE aceitou o também desafio de utilizá-lo no seu cotidiano institucional, ao implementar um setor de detecção e intervenção precoce psicanalítico. Dentro de uma instituição atenta às questões sociais, o IRDI cumpre seu papel de fazer uma leitura da relação entre o bebê e seu cuidador principal, na maior parte das vezes correspondentes com o lugar materno, indo para além disso, ao compreender também as especificidades dessa relação quando acontecem em situações de pobreza.

Nesse sentido, a aplicação do IRDI no IPREDE possibilitou também a visibilidade das situações de sofrimento pelas quais transitam, constantemente, muitas pessoas em circunstâncias de pobreza. Mais do que detectar o sofrimento psíquico do bebê, ele permitiu também o acesso de um lugar de escuta para o sofrimento materno. Ao investigarmos os impasses da constituição psíquica, conseguimos detectar também importantes elementos do contexto mais amplo e da realidade dessas famílias. Estudos quantitativos realizados com o instrumento podem apontar também para o que não foi possível de ser trabalhado ou elaborado nessa experiência. Estudos comparativos entre públicos e regiões também podem dar uma maior dimensão dessa realidade, apontando especificidades e identificando fatores que não puderam ser vistos ou desdobrados aqui. Sabemos que a aplicação do IRDI tem efeitos interventivos na família, entretanto um acompanhamento mais a longo prazo dessas famílias também poderia ser abordado em uma pesquisa longitudinal.

Por intermédio de vinhetas de aplicações e de casos escolhidos através da sua representatividade, mostramos como o instrumento auxilia em um olhar atento à relação, uma vez que não pode ser aplicado apenas a partir das manifestações da criança, tampouco exclusivamente com a escuta materna. É nesse entrecruzamento das produções da criança e do relato materno que na clínica de bebês a detecção de risco pode se fazer. Com esses casos, também pudemos ver como os indicadores precisam ser vistos de modo conjunto e contextualizado, para que não arisquemos “patologizar” a maternidade em situação de pobreza. Releva salientar, ainda, que o processo de aplicação do instrumento e a intervenção precoce auxiliam a elaboração de alguns fatores por parte da mãe, mas são insuficientes. É necessário pensar em outros espaços de elaboração desses sofrimentos e na facilitação de acesso a esses serviços.

Desses apontamentos, conseguimos pensar em alguns direcionamentos em relação à prática da clínica precoce quando feitos em ambientes socialmente vulneráveis. A

maternidade é marcada por um ideal social imaginário que muitas vezes se reproduz na assistência de profissionais que trabalham diretamente com a criança. Com base nessa idealização de um tipo específico de maternidade, mães em situação de pobreza, muitas vezes, são desvalorizadas em suas práticas e seus saberes, além de não encontrarem nesses serviços ambientes acolhedores que sirvam como uma rede mais ampla de cuidado da qual muitas vezes necessitam para que assim consigam efetivar melhor os cuidados em relação à criança. Essa desvalorização é marcada por uma lógica tecnicificante que visa a um cuidado idealizado que muitas vezes não considera as reais condições daquelas famílias. O uso de técnicas tem ajudado cada vez mais as mães em relação aos diversos cuidados cotidianos com o bebê que chega. O problema é quando essa tecnificação entra no lugar de uma delimitação da subjetividade, criando um tipo de norma. Tal prática, com recorrência, reforça o lugar de invisibilidade de mães, destituindo-as de seu saber, produzindo ainda mais um apagamento discursivo e desconsiderando as condições objetivas e subjetivas de realizar o cuidado prescrito. Esse saber materno não se configura como um saber natural ou instintivo, como alertado por Badinter (1980), mas um saber transmitido, passado por gerações. Quando ignoramos esse saber, apagamos também parte da história dessas famílias e, conseqüentemente, da cultura. Olhar para essas mulheres além do lugar de mãe ou da função mãe, mas considerando também sua história, sua subjetividade, seu desejo, é fundamental para evitar esse apagamento.

A escuta sensível e empática pode operar por intermédio do IRDI, mas deve também atuar além dele. A retomada da lógica clínica embutida no IRDI possibilita que os sinais sejam vistos dentro de uma rede maior de complexidade, reinserindo também sua historicidade e contexto. Nesse sentido, o diálogo com a Medicina e as demais áreas da saúde que cuidam dos primeiros momentos de vida de uma criança pode se fazer. Como dito anteriormente, não se trata de uma troca de saberes ou de longas explanações sobre o desenvolvimento infantil dentro das distintas perspectivas, mas sim de promover um discurso onde a subjetividade opere, mesmo que com os incômodos inerentes a ela. Nesse sentido as proposições de Ferenczi e a importância do reconhecimento social ampliam e fazem eco às experiências ali testemunhadas apontando para uma dimensão ética dessa escuta, principalmente em contextos vulneráveis.

O IRDI, nesse sentido, funciona a partir de uma práxis clínica que favorece a intervenção nos diferentes espaços. Não se trata de uma disputa narrativa entre diversos campos do saber, mas sim de um diálogo interdisciplinar de fato. Ao oferecer um lugar de fala para essas famílias, se cria possibilidades que permitem que os sujeitos em questão (mãe e

bebê) possam escolher e decidir quais são seus símbolos. Nesse processo de escuta e elaboração é possível que a mãe reconheça ao que era transmitido a partir das mães e avós que elas possam lançar mão (ou não) e retomar as suas memórias de cuidado.

A cultura ocidental vem cada vez mais num caminho de valorização do indivíduo, deixando de lado ou em segundo plano a importância do social, como se fossem além de independentes, antagônicos. Discursos de valorização e idealização do homem-máquina, objetivado e independente, produz cada vez mais diversas manifestações de sofrimento psíquico. Nessa lógica também está embutido o discurso máximo de responsabilização individual pelos mais variados fatores da vida.

Assumir a responsabilidade de cuidar das próximas gerações não é algo que deva acontecer apenas dentro da lógica da família nuclear, principalmente de adultos que precisam trabalhar pelo menos oito horas por dia para conseguir renda para prover essa mesma família. Pessoas em situação de pobreza, muitas vezes, já vêm de histórias marcadas por invisibilidade e também responsabilização por sua condição. Testemunhamos aqui maternidades, além de marcadas pela pobreza, assinaladas, também, por solidão, desmentidos, responsabilização, mas que também encontram seus enfrentamentos, resistências e modos de viver.

É necessário e cada vez mais urgente pensar em dispositivos de acolhimento para o sofrimento materno, em que essas figuras possam elaborar essa complexa experiência longe de julgamentos, ideais e cobranças muitas vezes incompatíveis com a realidade. Os profissionais que trabalham com crianças precisam estar atentos a essas questões para não reproduzir discursos culpabilizantes e de responsabilização individual, desmentindo-as de suas experiências. A mulher que acompanha a criança na posição de mãe não pode ser vista apenas como um instrumento ou um meio para que os cuidados com a criança possam ser efetivados, ou como um agente que possa “tirar a criança do risco”.

Além disso, contudo, é necessário pensar sobre formas coletivas de amparo, onde a responsabilidade de criar uma nova geração não seja algo exclusivo de uma ou duas pessoas. A escuta empática também permite que essas famílias entrem em outra posição discursiva seja frente ao profissional que lida diretamente com elas, seja amplamente, onde suas histórias e saberes sejam considerados dentro do meio social. Questionar uma sociedade que promove apagamentos de alguns discursos em detrimento de outros e que promove a assimetria de poderes e privilégios também faz parte do nosso posicionamento ético. Concordamos com Rosa (2020), quando afirma que romper com um discurso que promove o subjugo da pobreza, do racismo e da segregação faz parte da composição ética e política da clínica psicanalítica.

Torna-se urgente, portanto, pensar em meios de reorganizar a estrutura de cuidado para além da família nuclear, e entender que a responsabilidade em torno da criança, ou seja, de uma nova geração, precisa ser amplamente compartilhada. Aprendemos com a Psicanálise o que é irreduzível na operação da constituição subjetiva, entretanto é necessário ter uma abertura aos vários tipos de rearranjos capazes de garantir esse irreduzível. O sofrimento psíquico das crianças e mães que precisam enfrentar esses desafios sozinhas pode ser compreendido como um sinal de algo que não vai bem nessa estrutura. Nesse sentido, torna-se necessário pensar nos lugares da infância, da parentalidade e do gênero na nossa sociedade, para que criemos opções de cuidados coletivos e também responsáveis.

Quando propomos estudos que sustentam discursos e fundamentam intervenções, precisamos estar atentos a essas questões dentro de uma posição que exige constantemente reflexões e desconstruções, de modo a evitar situações e permanências de opressão e violência. Conhecer os modos de enfrentamento de famílias que se encontram em situação de pobreza é escutá-las e considerar seus saberes sem sobrepor um saber absoluto e descontextualizado. Por isso torna-se fundamental partir desse ponto para depois dialogar com pesquisas realizadas em outros territórios e contextos e, com base nisso, pensarmos em maneiras efetivas de colaboração e intervenção. Essa é a principal inquietação que propõe esta pesquisa e que aponta para novos estudos que desdobrem esses efeitos sobre a subjetividade bem como pensar táticas efetivas e práticas de intervenções que estejam atentas a esses fatores. Apresentamos aqui uma experiência institucional com seus êxitos e também com as suas limitações e dificuldades. Esperamos com este estudo seguir num caminho efetivo do diálogo entre a Saúde Pública e a Psicanálise, sem perdemos de vista a especificidade de cada campo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, N; TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1972.

ALVAREZ, Sonia E. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 43, p. 13-56, Dec. 2014 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332014000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332014000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 fev. 2019.

ANSERMET, F.; GIACOBINO, A. Considerações sobre a singularidade de cada autista. In: JERUSALINSKY, A. (Org.), **Dossiê autismo** (pp. 172-177). São Paulo, SP: Instituto Langage, 2015.

ARAGÃO, L.; CALLIGARIS, C.; COSTA, J.; SOUZA, O. **Clínica do social**: ensaios. São Paulo: Escuta, 1991.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**: anti-semitismo, imperialismo e totalitarismo. Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ARIES, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Tradução de D. Flaksman. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1973). 1981.

ATLAS da Violência 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em 02/03/2020.

AYRES, J.; FRANÇA, I.; CALAZANS, G.; SALETTI, H. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, Elizabeth. **O conflito**: a mulher e a mãe. Trad. Vera Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BARTHOLO, L. **Bolsa Família e relações de gênero**: o que indicam as pesquisas nacionais. International policy centre for inclusive growth, 2016.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: a experiência vivida (1949), Vol. 2. 3 ed. Trad. Sérgio Millet. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2016.

BELLEZANI, R.; MALFITANO, A.; SERRATA VALLI, C. Da vulnerabilidade social à vulnerabilidade psíquica: uma proposta de cuidado em saúde mental para adolescentes em situação de rua e exploração sexual. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. **Proceedings online...** Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000082005000200010&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200010&lng=en&nrm=abn). Acesso em: 07/08/2019

BEZERRA JR., Benilton. Introdução: a psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B; COSTA, J. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BIRMAN, J. Apresentação: interpretação e representação na saúde coletiva. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. 1 (2), p 7-22, 1991.

BIRMAN, J. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Editora 34, 1999.

BIRMAN, J. A Dádiva e o Outro: Sobre o Conceito de Desamparo no Discurso Freudiano. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, 9 (2): 09-30, 1999.

BIRMAN, J. Sexualidade na contemporaneidade. **Caderno de Psicanálise**: Rio de Janeiro, 2018; 40 (38): 137-159.

BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. **Jornal de Pediatria**: Rio de Janeiro, 2005. 81 (5): 123-136.

BROIDE, J.; BROIDE, E. **A Psicanálise em situações sociais críticas**: metodologia clínica e intervenções. 2. ed. São Paulo: Editora Escuta, 2016.

BOESMANS, E. **O acolhimento institucional**: o paradoxo entre o interesse da criança e a aplicação da lei à luz da Psicanálise. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Ceará, 2015.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BOSSA, D. F.; GUERA, A. M. C. Ressonâncias da escuta psicanalítica com adolescentes em privação de liberdade. **Estilos da Clínica**, 24(3), 497-509, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i3p497-509>. Acesso em: 03/05/2020

BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1990.

BRAZELTON, B.; CRAMER, B. **The earl iestrelationship**: parents, infants and the drama of early attachment. London: Karnac, 1991.

BUTLER, J. **Quadros de guerra**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2015.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 177-201, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 mai. 2020.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 2, n. 1, pp. 203-230, 1992 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311992000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311992000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 mai. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Cien Saúde Colet.** 2007; 12(4):849-859.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARLESSO, Janaína Pereira Pretto; SOUZA, Ana Paula Ramos de; MORAES, Anaelena Bragança de. Maternal depression and clinical risk indicators in child development. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 500-510, Apr. 2014 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000200500&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000200500&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2020.

CARVALHO, Â. **Desnutrição infantil e os impasses nas trocas alimentares:** uma discussão psicanalítica. Dissertação de mestrado. Universidade de Fortaleza. 2011.

CARVALHO, Â.; LIMA, M; MARTINS, K. Desnutrição infantil e a relação mãe-bebê: uma discussão psicanalítica. *In:* BUSNEL, M.-C.; MELGAÇO, R. (Orgs.). **O bebê e as palavras:** uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Language, 2013a, pp. 261-271.

CARVALHO, Â. As problemáticas alimentares e a desnutrição na infância: contribuições psicanalíticas. **Estilos da Clínica.** São Paulo, v.18, n. 2, 2013b, pp. 372-386.

CAVAGGIONI, Ana Paula Magosso; OLIVEIRA, Michelle Cristine Tomaz de; BENINCASA, Miria. Metodologia IRDI nas creches: relato de experiência na rede pública e privada. **Semin., Ciênc. Soc. Hum., Londrina** , v. 39, n. 1, p. 05-20, jun. 2018 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-54432018000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432018000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 jan. 2021.

CHECCHIA, M. A clínica psicanalítica é um dispositivo? **A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**, São Paulo, vol.2, n.1, 2010.

COSTA, J. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

COSTA, J. **Violência e Psicanálise.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1986.

COSTA, J. **O risco de cada um:** e outros ensaios de Psicanálise e cultura. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

CRESPIM, J. **Puericultura:** Ciência, Arte e Amor. São Paulo: Rocca, 2007.

CRESPIN, G. **A Clínica Precoce:** o Nascimento do Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

CRESPO, Antônio Pedro Albernaz; GUROVITZ, Elaine. A pobreza como um fenômeno multidimensional. **RAE electron.**, São Paulo, v. 1, n. 2, pp. 1-12, Dec. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-56482002000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482002000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 fev. 2020.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

DAL MOLIN, E. Trauma, silêncio e comunicação. In: FRANÇA, C. P. (Org.). **Ecos do silêncio: reverberações do traumatismo sexual** (pp. 63-86). São Paulo: Blucher, 2017.

DANTAS, Jurema Barros. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 563-580, Dec. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922009000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 jun. 2019.

DANTO, E. **As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e justiça social**. Trad. Margarida Goldstajn. São Paulo: Perspectiva, 2019.

DAUER, E.; MARTINS, K. Desamparo materno e recusas alimentares na primeira infância. Rio de Janeiro: **Cadernos de Psicanálise-CPRJ**, 2015, pp. 43-60.

DAUER, E. **A desnutrição e o transitivismo: considerações psicanalíticas**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Ceará. 2015.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; ROSA, F. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. **Pediatria** 1994; 16(4):158- 61.

DIAS, T. **Um estudo teórico sobre a aquisição da linguagem na infância**. Projeto de Iniciação Científica, Universidade de Fortaleza, 2008.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, 22(2): 653-660, 2017

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. Trad. A. Cabral. 4ª cd. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1988 (trabalho original publicado em 1971).

DOLTO, F. **Tudo é linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUNKER, C.; VOLTOLINI, R.; JERUSALINSKY, A. Metodologia de pesquisa em Psicanálise. In: LERNER, R.; KUPFER, M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

DUNKER, C. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011.

ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, S & ELIA, L. (Org.). **Clínica e pesquisa em Psicanálise** (pp. 19-36). Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2000.

ENGELS, F. **Teoria da violência**. pp. 146-188, São Paulo: Ática, 1981.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Editora Edufba, 2008.

FERENCZI, S. Perspectiva da Psicanálise (1924). In: FERENCZI, S. **Obras completas**, vol. III. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. A adaptação da família à criança (1927). In: FERENCZI, S. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. criança mal acolhida e sua pulsão de morte (1929). In: FERENCZI, S. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. Elasticidade da técnica psicanalítica (1928). In: **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. Princípio de relaxamento e neocartase (1930). In: FERENCZI, S. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. Análise de crianças com adultos (1931). In: FERENCZI, S. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma (1932). In: FERENCZI, S. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre o adulto e a criança (1933). In: **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERNANDES, W. A relação mãe-bebê na perspectiva winiccottiana: uma discussão sobre a maternidade. **Iniciação Científica**. Universidade de Fortaleza, 2008.

FERREIRA, T. **Os meninos e a rua**: uma interpelação à Psicanálise. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FIGUEIREDO, A. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; SANTI, Pedro. **Psicologia**: uma (nova) introdução. São Paulo: Educ, 2007.

FIGUEIREDO, L. **A metapsicologia do cuidado**. São Paulo: Psychê, 2007, pp. 13-30.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos (1900). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Cinco lições de Psicanálise (1910 [1909]). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 11). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise (1912). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre Psicanálise (1916). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Os caminhos da formação dos sintomas (1917). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1918). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A negativa (1923). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas** (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FOKUDA, J. Considerações a respeito da prevenção em saúde mental na primeira infância. In: KUPFER, M; BERNARDINO, L; MARIOTTO, R. (ORGS). **De bebê a sujeito: a metodologia IRDI nas creches**. São Paulo: Escuta, 2014.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1980.

GADELHA, S. Empresariamento da sociedade e governo da infância pobre. **Revista colombiana de educacion**, n 65, julio-diciembre, 2013, pp. 215-237. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá, Colômbia, 2013.

GERHARDT, S. **Por que o amor é importante**: como o afeto molda o cérebro do bebê. Porto Alegre: Artmed, 2017.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GRUNEWALD, R; ROLNICK, A. An early childhood investment, a high public return. **Regional economist**. Federal reserv bank of St. Louis, July, 2010.

GOMES, C.; FERNANDES, W. Infância e privação a fome e a vontade de viver (análise do empírico). **Iniciação Científica**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2009.

GOMES, C. Psicogênese, desenvolvimento e Psicanálise. **Iniciação Científica**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2009.

GOMES, J.; DIAS, R. **Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo**. Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

GONDAR, Jô. Ferenczi como pensador político. **Cad. psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 27, p. 193-210, dez. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952012000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 6 jun. 2020.

GONÇALVES, T. G., MONTEIRO, R. A.; MACEDO, M. M. K. Adolescência e funções parentais: especificidades contemporâneas. In: MACEDO, M. M. K. (Org.), **Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis** (pp. 30-40). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2010.

GUARIDO, Renata. Notas acerca da medicalização. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R.; VOLTOLINO, R. (ORGS). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR., Kenneth R. de. Os sofrendores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 797-815, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 mai. 2020.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, 80 (2), 2004.

HILFERDING, M. (1911/1991) As bases do amor materno. In: PINHEIRO, T.; VIANNA, H. (Orgs.). **As bases do amor materno** (pp. 90-95). São Paulo: Escuta. 1991.

HONNET, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Editora 34, 2003.

IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. **Revista Percurso**, n. 34, 2005.

IACONELLI, V. **Mal estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. São Paulo: Annablume, 2015.

IACONELLI, V. Sobre as origens: muito além da mãe. In: TEPERMAN, D; GARRAFA, T; IACONELLI, V (Orgs.). **Parentalidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

INSTITUTO de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade – IPREDE. **Relatório institucional 2010**. Fortaleza, 2010.

IPREDE; NEAPI. **Condições de vida e saúde de crianças e famílias assistidas no Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade (Iprede): relatório**. Fortaleza, 2008.

JACINTHO, A. Clínica da prevenção: o olhar sobre o corpo do bebê. **Estilos da Clínica**, 17(2), 242-261. Recuperado em 25 de agosto de 2019. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200005&lng=pt&tlng=pt), 2012. Acesso em: 25 jan 2019.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

JERUSALINSKY, A; FENDRIK, S. (Orgs.). **Livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, A. O amor precoce. In: JERUSALINSKY, J.; MELO, M. **Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce**. Salvador: Agalma, 2020.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Agalma, 2002.

JERUSALINSKY, J. Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In: KAMERS, M; MARIOTTO, R; VOLTOLINI, R. **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, abr. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2021.

KEHL, Maria Rita. A Psicanálise como dispositivo antibovarista. O caso de Manoel, ou “Por que sou um homem” (relato de uma análise conduzida na Escola Nacional Florestan Fernandes). In: KEHL, Maria Rita. **O bovarismo brasileiro: ensaios**. São Paulo: Boitempo, 2018.

KLAUTAU, P.; WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F. Comer para existir: trauma, oralidade e contornos do Eu. **Avances en Psicologia Latinoamericana** (Colômbia), v. 31(3) pp. 522-531, 2013.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores clínicos em pesquisa de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: KUPFER, M. C.; LERNER, R. (Orgs.), **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta; 2008.

KUPFER, M. C. Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: KUPFER, M. C.; LERNER, R. (Orgs.), **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta; 2008.

KUPFER, M. C. M.; JERUSALINSKY, A. N.; BERNARDINO, L. M. F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P. S. B.; MOLINA, S. E.; ... LERNER, R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online**, 6(1), 48-68; 2009.

KUPFER, M.; BERNARDINO, L.; MARIOTTO, R. Metodologia IRDI: uma intervenção com educadores de creche a partir da Psicanálise. In: KUPFER, M.; BERNARDINO, L;

MARIOTTO; R (Orgs.). **De bebê a sujeito**: a metodologia IRDI nas creches. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2014.

KUPFER, Maria Cristina Machado; BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. IRDI: Um Instrumento que Leva a Psicanálise à Polis. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 23, n. 1, pp. 62-82, abr. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282018000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282018000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2021.

KUPERMANN, D.; MARTINS, K. Racismo, fome, testemunho e humor: diário de uma favelada de Carolina Maria de Jesus. In: **Anais do VI Congresso Nacional de Psicanálise, Direito & Literatura**. Belo Horizonte: Ami Comunicação & Design, 2017, pp. 149-158.

KUPERMANN, D. **Presença sensível**: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

KUPERMANN, Daniel. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 6-20, jun. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 4 fev. 2020.

KUPERMANN, D. **Por que Ferenczi?** São Paulo: Zagodoni, 2019.

LACAN, J, Nota sobre a criança (1969). In: LACAN, J. **Outros escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LAURENT, E. **A batalha do autismo**: da clínica a política. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LAZNIK, M. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. (org). **Palavras em torno do berço**. Salvador: Álgama, 1997.

LERNER, R., KUPFER, M. (Orgs). **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

LERNER, Rogério. Apresentação. In: LERNER, R.; KUPFER, M. (Orgs.) **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

MACHADO, O; GROVA, T. (Orgs.) **Psicanálise na favela Projeto diga aí Maré**: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Associação diga aí Maré, 2008.

MAGALHÃES, T. A experiência de privação do alimento e seus efeitos sobre o brincar. **Projeto de Iniciação Científica**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2008.

MAPA da Violência. **Homicídio de Mulheres no Brasil 2015**. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em: 25 mar. 2019.

MARIANO, S. A.; CARLOTO, C. M. Gênero e combate à pobreza: programa Bolsa Família. **Rev. Estud. Fem.** [online]. 2009, v. 17, n. 3, pp. 901-908.

- MARIOTTO, Rosa Maria Marini. Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa; VOLTOLINI, Rinaldo (Orgs.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo, Escuta, 2015.
- MARTINS, K. P. H.; BARBOSA, C.; PONTES, F.; MARTINS, L.; ARRUDA, L. Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver. In: PINHEIRO, C. V. Q.; CARVALHO, J. Q.; DA SILVA, M. F. V. **Estudos psicanalíticos na clínica e no social**. Fortaleza: Imprensa Universitária, pp. 79-97, 2011.
- MARTINS, K. P. H.; LIMA, M. C. P.; SIMÃO, G. M.; SOUSA, A. Privação do alimento e incidências na constituição psíquica: um estudo sobre o estabelecimento da demanda em crianças diagnosticadas com desnutrição a partir da aplicação da Avaliação Psicanalítica aos Três Anos. **Estilos da Clínica**, 21(3), 618-638. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i3p618-638>. Acesso em: 24 jul 2020.
- MARTINS, K.; KUPERMANN, D. Fome: o umbral da vergonha. **Trivium**, v. 9, 2017, pp. 199-209.
- MARTINS, K. P. K.; VILHENA, J. Para além da alimentação: Um olhar psicanalítico sobre as políticas públicas de saúde na primeira infância. In: WINOGRAD, M.; VILHENA, J. (Org.), **Psicanálise e Clínica Ampliada** (pp. 37-56). Curitiba, PR: Appris, 2014.
- MENESCAL, J. **Experiências adversas na infância de mães e a correlação com o vínculo materno de crianças assistidas numa instituição de primeira infância**. Dissertação de Mestrado. Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança. Universidade Federal do Ceará, 2018.
- MILMAN, L.; BEZERRA JÚNIOR, B. (Orgs.) **A casa da árvore: uma experiência inovadora na atenção à infância**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
- MINAYO, M. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MIRANDA, A. **Impasses no estabelecimento da demanda nos dispositivos clínicos com a primeira infância**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Fortaleza: Fortaleza, 2015.
- MOREIRA, J. Re-tecendo as posições maternas junto à criança vítima de negligência ou abuso sexual: da mãe ideal à maternidade possível. In: GUERRA, A E MOREIRA, J. (Orgs.). **A Psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho; PRISZKULNIK, Léia. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, pp. 287-298, dez. 2014 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 8 mai. 2020.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho; KUPERMANN, Daniel; HOFFMANN, Christian. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em Psicanálise. **Rev. latinoam.**

**psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 97-112, Mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142017000100097&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142017000100097&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 8 fev. 2020.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019.

MOURA JR, James Ferreira; CIDADE, Elívia Camurça; XIMENES, Verônica; SARRIERA, Jorge. Concepções de pobreza: um convite a discussão psicossocial. **Temas em Psicologia**, vol. 22, n. 2, pp. 341-352. Ribeirão Preto, 2014.

NEVES, B. **Prevenção e Psicanálise**: contribuição ao debate a partir da clínica institucional com crianças desnutridas. Dissertação de mestrado. Universidade de Fortaleza. 2015.

NEVES, Beatriz Sernache de Castro; LIMA, Maria Celina Peixoto. Freud e a prevenção: um percurso de controvérsias. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, pp. 313-319, Dec. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922019000300313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922019000300313&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 8 fev. 2020.

NOGUEIRA, Conceição. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. Salvador: Editora Devires, 2017.

OSMO, A; KUPMERMANN, D. Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. **Psicologia em Estudo**: Maringá. 17 (2): 329-339, 2012.

PENELLO, L. M.; ROSARIO, S. E. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. **Divulg. saúde debate**; (53): 41-58, jan.2016.

PESARO, Maria Eugênia. **Alcance e Limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil** [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.

PESARO, Maria Eugênia; KUPFER, Maria Cristina Machado. Um lugar para o sujeito-criança: os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) como mediadores do olhar interdisciplinar sobre os bebês. **Analytica**. São João del-Rei, v.5, n. 9, pp. 58-68, 2016.

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

PINHO, Gabriela Salomão Alves. **Por que “essas mulheres” têm tantos filhos?** Um estudo sobre mulher, maternidade e pobreza. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2010.

PINTO, Paula Julianna Chaves. **Fome, privação e experiência**: um estudo psicanalítico na clínica com crianças desnutridas. [Tese]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2016.

PINTO, C.; FARIAS, K. A ideia de prevenção na Casa da Árvore. In: MILMAN, L.; BEZERRA, B. (Orgs.). **A Casa da Árvore: um experiência motivadora na atenção à infância**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**: Goiânia, 2008, pp. 263-274.

PONTE, M. As mulheres que existem e suas mortes: uma questão política e psicanalítica. Comunicação Oral. **VII Jornada de Cartéis do Fórum do Campo Lacaniano de Fortaleza**, 2019.

REDE Nacional Primeira Infância. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília. Recuperado em 29 agosto, 2017. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>. Acesso em: 03 ago 2018.

PIZZANI, Alessandro; REGO, Walquiria Domingues. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Unesp, 2013.

RICCO, Rubens Garcia; ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira de Almeida; DEL CIAMPO, Luiz Antônio. Puericultura. **Temas de pediatria**, n 80, 2005.

ROCHA, P. Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: LERNER, R.; KUPFER, M. (Orgs.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

ROSA, M. O não dito familiar e a transmissão da história. **Psychê**: São Paulo. 5(8): 123-137, 2001.

ROSA, M. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. **Revista de Psicanálise Textura**, n2. São Paulo, 2002.

ROSA, M. A Psicanálise e as instituições: um enlace ético-político. In: **Colóquio do LEPSI IP/FE- USP**. São Paulo, 2004.

ROSA, Miriam Debieux; DOMINGUES, Eliane. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, pp. 180-188, Apr. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822010000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100021&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 8 fev. 2020.

ROSA, Míriam Debieux. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2016.

ROSA, M.; ESTEVÃO, I.; BRAGA, A. Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. In: **Psicologia em estudo**, v. 22, n. 3, 2017.

ROSA, Míriam Debieux. Passa anel: famílias, transmissão e tradição. In: TEPERMAN, Daniela; GARRAFA, Thais; IACONELLI, Vera. **Parentalidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

ROTH, A. **Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

ROUSSILLON, René. Teoria da simbolização: a simbolização primária. In: SAVIETTO, Bianca Bergamo; FIGUEIREDO, Luís Claudio; SOUZA, Octavio (Org.). **Elasticidade e limite na clínica contemporânea.** São Paulo: Escuta, 2013. p. 107-122.

ROUSSILLON, René. **Manual da prática clínica em Psicologia e Psicopatologia.** São Paulo: Blucher, 2019.

SAAVEDRA; SOBOTTKA. **Introdução à teoria do reconhecimento de Axel Honneth.** Porto Alegre: Civitas, 2008.

SAWAYA, S. M. A infância na pobreza urbana: linguagem oral e a escrita da história pelas crianças. **Psicologia USP**, São Paulo, v.12, n.1, pp. 153-78, 2001.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 29-41, Apr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 jan. 2021.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SIMÃO, G. “**Esse menino não larga do peito, como é que ele vai falar?**”: desnutrição, estabelecimento da demanda e aquisição da fala. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Ceará. 2017.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

SZEJER, Miriam. **Se os bebês falassem.** São Paulo: Intituto Langage. 2016.

TACHIBANA, Miriam; SANTOS, Laise; DUARTE, Aparecida. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**, vol. X, n. 19, pp. 149-167. São Paulo, 2006.

TEPERMAN, D. W. **Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TEPERMAN, Daniela. Um laço chamado desejo. In: TEPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (Orgs.). **Laço.** Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

TEPERMAN, Daniela. Parentalidade para todos, não sem a família de cada um. In: TEPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (Orgs.). **Parentalidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

UNICEF. **ECA 25 anos**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. Brasília: UNICEF Brasil, 2015.

VICTOR, Rita Meurer; AGUIAR, Fernando. A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 1, pp. 40-49, 2011.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 jan. 2020.

VORCARO, Ângela. O que se transmite na clínica psicanalítica. In: LERNER, R; KUPFER, M. (Orgs.) **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

VYGOTSKY, L. **A formação social da mente** (1978). São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WALLON, H. **A evolução psicológica da criança**. Lisboa: Edições, 1941.

WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1967.

WINNICOTT, D. Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960). In: WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1982.

WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. Preocupação materna primária (1956). In: WINNICOTT, D. **Textos selecionados**: da Pediatria a Psicanálise. Trad J. Russo. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT, D. A mãe dedicada comum (1949). In: WINNICOTT, D. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WINNICOTT, D. A construção da confiança (1969). In: WINNICOTT, D. **Conversando com os pais**. Trad. Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. Os padrões deles e os seus (1964). In: **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

ZIZEK, S. **Violência**: seis reflexões laterais. Trad. Miguel Serras Pereira. São Paulo: Boitempo, 2014.

**ANEXO A – Ficha de aplicação IRDI**

<b>Indicadores</b>	<b>Eixos</b>
<b>(0 a 4 meses incompletos)</b>	
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer	SS/ED
2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês)	SS
3- A criança reage ao mamalhês	ED
4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação	PA
5- Há troca de olhares entre a mãe e a criança	SS/PA

<b>Indicadores</b>	<b>Eixos</b>
<b>(4 a 8 meses incompletos)</b>	
6- A criança começa a diferenciar o dia da noite	ED/PA
7- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	ED
8- A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta	ED/PA
9- A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases	SS/PA
10- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
11- A criança procura ativamente o olhar da mãe	ED/PA
12- A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe esforços	SS/ED/PA

13- A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	ED/FP
--	-------

<b>Indicadores</b>	<b>Eixos</b>
<b>(8 a 12 meses incompletos)</b>	
14- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção	ED/SS
15- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe	ED
16- A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa	ED
17- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular	SS/PA
18- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela	FP
19- A criança possui objetos prediletos	ED
20- A criança faz gracinhas	ED
21- A criança busca o olhar de aprovação do adulto	ED
22- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada	ED

Indicadores	Eixos
(12 a 18 meses)	
23- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses	ED/FP
24-A criança reage bem às breve ausências da mãe e reage às ausências prolongadas	ED/FP
25-A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno	ED/FP
26-A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede	FP
27- A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe	SS/FP
28-A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai	FP
29- A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com pequenos gestos	FP
30- Os pais colocam pequenas regras de comportamento à criança	FP
31-A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios	FP

## ANEXO B – PARECER COÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** FOME E VERGONHA: VULNERABILIDADES NA HISTÓRIA DA CULTURA E NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

**Pesquisador:** KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 29499320.4.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.037.608

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa objetiva promover, a partir de elementos da metapsicologia psicanalítica, uma análise da problemática da fome e de seus testemunhos nas perspectivas da cultura e da clínica. No campo da cultura, considerando-se a experiência da fome como paradigma de uma experiência de desautorização por parte do outro e de vergonha por parte do sujeito, almeja-se retomar alguns de seus testemunhos, tendo como referência a literatura sobre as secas no sertão cearense e pesquisas desenvolvidas por historiadores a partir das temáticas da fome, das secas e campos de concentração no estado Ceará. Ainda nesta parte da investigação, a discussão irá abordar as narrativas e os testemunhos literários que deram rosto à fome, por meio da realização de uma pesquisa bibliográfica sobre os conceitos de vergonha e de rosto, a partir de autores do campo psicanalítico e filosófico. Numa interface com a história, ainda serão consideradas as possíveis relações entre esta zona de silêncio em nossa história e os obstáculos na elaboração singular desta experiência, destacando o silenciamento em torno do tema da fome e, em particular, da experiência concentracionária cearense. No campo da clínica, a pesquisa dialoga com um trabalho de intervenção psicanalítica desenvolvido em uma instituição do terceiro setor em Fortaleza, que atende crianças diagnosticadas com desnutrição e suas mães, sujeitos marcados pela experiência de privação do alimento em suas famílias. Nesse âmbito, serão destacados aspectos relativos aos traumas e à violência simbólica, correlatos à experiência da fome, da desautorização, bem como seus possíveis efeitos sobre os processos de simbolização primários (MARTINS et al, 2011;

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.037.606

MARTINS, 2016; MARTINS, 2017; MARTINS et al, 2016; LIMA et al, 2017). Pretende-se pensar se – e de que forma – o silêncio da cultura a respeito da problemática da fome faz aparição nos sintomas dessas crianças e na posição subjetiva das mães. Para tanto, será proposto um trabalho que coaduna com o que já vem sendo realizado na referida Instituição, com a qual há parcerias estabelecidas desde meados de 2006. Este segundo aspecto da pesquisa consistirá, portanto, em um trabalho de coleta de dados de prontuários, que irá inserir-se na dinâmica institucional em curso nas ações com crianças de zero a três anos diagnosticadas com desnutrição e suas mães, cuja perspectiva é a da promoção da saúde e de detecção precoce de risco no desenvolvimento psíquico na primeira infância. As questões que se pretende discutir relacionadas à fome, ao silêncio e a condições de vulnerabilidade psíquica, social e econômica, e a lógica que delas se depreende, podem ser associadas às experiências consideradas limites que, como tais, colocam em jogo uma dor psíquica extrema e a sua elaboração singular, convocando a pensar os destinos da criação e da elaboração subjetiva nas condições traumáticas e de choque psíquico.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Promover uma análise da problemática da fome e de seus testemunhos da cultura, com ênfase em seus efeitos subjetivos que podem ser observados no âmbito clínico, considerando os indicadores clínicos de desenvolvimento psíquico (IRDI) e suas relações com aspectos de vulnerabilidades socioeconômicas.

#### Objetivos Secundários:

Conhecer os testemunhos da fome, tendo como referência a literatura sobre as secas no sertão cearense e os trabalhos históricos relacionados à memória dessas experiências;

Considerar, numa interface com a história, as possíveis relações entre esta zona histórica de silêncio e os obstáculos na elaboração singular de cada sujeito sobre esta experiência;

Conhecer e avaliar possíveis efeitos subjetivos relativos à experiência de privação do alimento, insegurança alimentar e seus correlatos para o desenvolvimento infantil e para a saúde materna;

Realizar um trabalho-intervenção na perspectiva da promoção de saúde materno-infantil e da detecção precoce de risco no desenvolvimento infantil, a fim de averiguar como a experiência da fome e o horror dela correlato podem influenciar as relações entre as identificações primárias do bebê e de sua mãe;

Avaliar as relações entre a realidade da pobreza e da insegurança alimentar para os determinantes sociais da saúde e seus aspectos subjetivos;

#### avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.037.608

Em atenção ao item II.22 (risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente), observa-se que esta pesquisa oferece risco mínimo aos seus participantes. Estes riscos se relacionam ao vazamento de informações. Como forma de prevenção e assistência a tais riscos, o material colhido na entrevista será de acesso e guarda exclusiva dos pesquisadores. Os pesquisadores assegurarão sua postura ética e de confiabilidade e, garantirão todo suporte psicológico clínico necessário para acolher as participantes em suas angústias e ansiedades, assim como o posterior encaminhamento para a rede de assistência nos casos em que se verificar a necessidade de atendimento continuado.

**Benefícios:**

Os benefícios da pesquisa para os participantes estão ligados ao fato de se oferecer um espaço de escuta e elaboração dos sofrimentos advindos do processo de vivência da fome e da vulnerabilidade social. Os benefícios indiretos se relacionam a contribuição com o enriquecimento da psicopatologia psicanalítica, favorecendo o aumento de produção de conhecimento na área da clínica precoce e das psicopatologias do laço mãe-criança;

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os objetivos e a metodologia da pesquisa encontram-se em consonância com as exigências da área no que diz respeito aos aspectos éticos a serem observados em sua execução.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão em conformidade com a documentação exigida pelo Comitê de Ética.

**Recomendações:**

Lembramos que a coleta de dados da pesquisa só pode iniciar a partir da aprovação do sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Enviar o relatório final ao concluir a pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.037.608

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1511665.pdf	28/02/2020 13:04:44		Acelto
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	28/02/2020 13:00:05	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Outros	fidepositario.pdf	14/02/2020 13:08:49	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	cartadesolicitacao.pdf	14/02/2020 13:07:45	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstituicao.pdf	14/02/2020 13:06:44	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Cronograma	declaracaodecronograma.pdf	14/02/2020 13:06:18	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaiconcordanciaopesquisadores.pdf	14/02/2020 13:05:13	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores1.PDF	14/02/2020 13:04:22	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Orçamento	decaracaodeorcamento.pdf	14/02/2020 13:02:29	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	coetica2020.doc	14/02/2020 13:01:33	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole.docx	14/02/2020 13:01:00	KARLA PATRICIA HOLANDA MARTINS	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 20 de Maio de 2020

Assinado por:  
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br