



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

A criança com deficiência: entraves na relação mãe-bebê

Débora Crivelaro Dickel

Brasília
2021

Débora Crivelaro Dickel

A criança com deficiência: entraves na relação mãe-bebê

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard

Brasília
2021

A criança com deficiência: entraves na relação mãe-bebê

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Aprovada pela Banca Examinadora em ____ de _____ de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard – Presidenta
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Inês Catão Henriques Ferreira – Membro Efetivo
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/SES-DF

Profa. Dra. Andrea Gabriela Ferrari – Membro Efetivo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Profa. Dra. Márcia Cristina Maesso – Membro Suplente
Universidade de Brasília - UnB



Maternity (1942) – Chaim Soutine

Agradecimentos

Realizar a escrita desse trabalho foi uma experiência muito pessoal, de construção de sentidos para aquilo que venho estudando e de solidificação de conceitos dos quais venho buscando me apropriar. A experiência de escrita é uma experiência paradoxal: por um lado, extremamente solitária, visto que nos vemos grande parte do tempo sozinhos buscando elaborar através de palavras em uma tela-papel; por outro, é impossível construirmos uma escrita sem o outro, sendo ela resultado de muitos encontros.

Agradeço primeiramente à Daniela Chatelard, minha orientadora, que me recebeu mesmo antes de chegar a Brasília e topou ser meu apoio ao longo desse percurso.

Ao grupo de pesquisa, que acolheu minha escrita e compartilhou as suas, possibilitando que essa construção fosse um pouco menos solitária.

Às professoras que compõem minha banca examinadora, por oferecerem seu tempo, leitura e diálogo: à Inês Catão, pela transmissão da psicanálise, por me proporcionar momentos ricos de construção coletiva, muitos dos quais me ajudaram na elaboração desse escrito; e à Andrea Ferrari, também por sua transmissão da psicanálise, tendo feito parte de minha história, na formação acadêmica e na pesquisa com bebês.

Às e aos colegas de estudo em psicanálise que foram sempre incentivo frente aos desafios desse trabalho e suporte face às angústias que esse caminho traz. Em especial à Ariane, com sua escuta atenta e delicada que, mesmo com a distância, segue sendo uma das grandes parceiras na partilha da psicanálise; à Laura, por dividir comigo a formação e o amor pelo trabalho psicanalítico com bebês e suas famílias; e à Juliana, presente que Brasília me deu, pela partilha na clínica psicanalítica e por seu jeito carinhoso e acolhedor que possibilitou me fazer sentir bem vinda nessa cidade.

Aos colegas de APAE, por tudo que aprendemos juntos, e a essa instituição que possibilitou que eu me aproximasse da clínica com crianças com deficiência.

Aos pacientes, por me mostrarem os rumos do trabalho, e a seus familiares, por confiarem em minha escuta.

Às minhas amigas de vida toda, em especial à Natália, Mariana e Caroline, por serem porto seguro nos momentos de tormenta, proporcionarem boas risadas em meio ao caos, e partilharem cada momento de minha vida comigo, apoiando nas dificuldades e comemorando as alegrias, sempre me oferecendo uma relação pautada no afeto. Mesmo longe, vocês tornaram o caminho tortuoso da pós-graduação um pouco mais suave.

À minha família que, não importa a distância, sempre esteve vibrando por minhas conquistas. Ao meu pai, Dorly, e minha mãe, Nara, que foram grandes incentivadores de minha dedicação aos estudos e que sempre me proporcionaram as condições para que isso acontecesse. Aos meus irmãos, Cristiano e Gabriel, que compartilham comigo dessa aventura tão singular que é habitar uma família com sua história única e peculiar. Vocês são amigos melhores do que eu jamais poderia pedir para essa jornada.

Ao meu companheiro, parceiro, marido e amor, Gabriel, por sua incansável paciência com minhas horas intermináveis de dedicação ao trabalho e aos estudos. Obrigada por me incentivar a ser sempre o melhor que eu posso ser, e por enxergar em mim muitas vezes qualidades que eu dificilmente enxergaria. Obrigada por ser sempre tão companheiro, dedicado e cuidadoso, por querer que eu cresça e por querer crescer junto comigo, também.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo financeiro que possibilitou a realização dessa pesquisa.

Nas fantasias subconscientes que fazem a concepção parecer tão sedutora, muitas vezes é nós mesmos a que gostaríamos de ver viver para sempre, e não alguém com uma personalidade própria. Tendo previsto a marcha para a frente de nossos genes egoístas, muitos de nós não estamos preparados para filhos que apresentam necessidades desconhecidas. A paternidade nos joga abruptamente em relação permanente com um estranho, e quanto mais alheio o estranho, mais forte a sensação de negatividade. Contamos com ver no rosto de nossos filhos que não vamos morrer. Filhos cuja característica definidora aniquila a fantasia de imortalidade são um insulto em particular: devemos amá-los por si mesmos, e não pelo amor de nós mesmos neles, e isso é muito mais difícil de fazer.

Andrew Solomon (2013)

Resumo

Entendendo a deficiência como uma das diferentes condições com as quais se habita o mundo, sem ignorar as implicações e estigmas que um diagnóstico possa operar para cada um, este estudo se propõe a olhar para o tempo precoce do nascimento, a fim de construir algumas compreensões sobre o trabalho psíquico que será necessário aos pais, especialmente à mãe, realizarem frente ao diagnóstico atribuído ao seu bebê. Compreende-se que esse trabalho psíquico será fundamental para que seja possível à mãe acolher seu bebê na trama simbólica familiar, oferecendo-lhe um lugar de sujeito sem que suas possibilidades imaginárias e simbólicas sejam limitadas por sua doença. Nesse sentido, entende-se aqui que o orgânico será a base necessária sobre a qual o sujeito se constituirá, ainda que o orgânico não seja determinante das possibilidades de inscrições subjetivas para o bebê. Para isso, realiza-se uma articulação teórica abordando diferentes aspectos da especificidade do tempo do nascimento, abordando questões centrais sobre a constituição subjetiva do bebê e articulando-as à clínica psicanalítica com bebês com deficiência para que algumas compreensões possam ser construídas a partir daí. Observa-se que as possibilidades subjetivas do bebê dependerão do próprio psiquismo materno, no sentido de que serão necessárias elaborações narcísicas e simbólicas maternas importantes para que o lugar do bebê na família possa ser reconstruído a fim de viabilizar as inscrições subjetivas para o bebê.

Palavras-chave: bebês; psicanálise; deficiência; função materna; constituição psíquica.

Abstract

Through the acknowledge of disability as one of the many ways to inhabit the world without disregarding the implications and stigmas provoked in each person, this study intends to focus on the early birth time to build some understandings about the psychic labor that parents, especially to the mother, will have to perform towards the diagnosis assigned to their baby. This psychic labor will be essential so that it is possible for the mother to welcome her baby in the family symbolic woof, offering the baby the possibility to stand as a subject without their imaginary and symbolic possibilities being limited by their illness. Further, it is understood that the organic body will be the basis on which the subject will be constituted, even though the organic is not determinant of the possibilities of subjective inscriptions for the baby. Thus, through a theoretical articulation about some aspects of the specificity of the time of birth are approached, addressing central questions about the subjective constitution of the baby, and articulating them to the psychoanalytic clinic with babies with disabilities so that some understandings can be constructed. It is observed that the baby's subjective possibilities will rely on the maternal psyche itself, therefore important narcissistic and symbolic maternal elaborations so that the baby's place in the family can be reconstructed and the subjective inscriptions for the baby can happen.

Keywords: babies; psychoanalysis; disability; maternal role; psychic constitution.

Sumário

Introdução.....	10
1 Conceito de deficiência.....	23
1.1 Classificações e definições	24
1.2 Desdobramentos sobre o conceito	30
1.3 Questões relativas à psicanálise	33
2 Da especificidade de um tempo tão primordial: nascimento e primeira infância	35
2.1 Do narcisismo materno ao narcisismo do bebê: questões a partir de Freud	37
2.2 Relações primitivas intrauterinas	44
2.3 A pulsão escópica como constituinte do sujeito na relação com o Outro	51
3 O significante “deficiência” e seus impasses na constituição psíquica do sujeito.....	59
3.1 O estágio do espelho e o nascimento do sujeito: uma leitura lacaniana das fragilidades e entraves diante do diagnóstico orgânico com bebês.....	59
3.2 Deficiência e o conceito de debilidade.....	63
3.3 Da lesão real à lesão que opera na fantasia parental.....	68
4 Contribuições psicanalíticas à intervenção na relação mãe-bebê.....	72
4.1 Desejo materno e suposição do sujeito: do bebê Imaginário ao bebê Real	73
4.2 Psicanálise, corpo e psiquismo	79
4.3 Luto e sustentação da função materna	83
Considerações Finais	89
Dos lugares possíveis de subjetivação para o bebê com deficiência:	89
Referências	97

Introdução

Sabe-se que o nascimento do sujeito não é correspondente ao seu nascimento biológico, sendo a constituição psíquica um processo que pode se iniciar até mesmo antes do momento de sua concepção. O imaginário parental sobre o bebê se constrói desde muito cedo, a partir do narcisismo dos próprios pais, das construções de suas próprias experiências subjetivas, bem como das fantasias de sua parentalidade. Freud (1914/2010c) anuncia, em *Introdução ao Narcisismo*, que o bebê é desejado desde o próprio narcisismo de seus pais, e é a partir desse lugar idealizado, do Eu-Ideal sobre o qual o bebê se situa nas construções simbólicas e imaginárias que o antecipam, que ele irá responder àquilo que lhe é demandado. A resposta do sujeito ao lugar que lhe é oferecido dependerá das construções que ele poderá realizar, que se darão, também, a partir da sustentação subjetiva que lhe for proporcionada.

Quando algo não vai bem no nascimento do bebê, a idealização e as expectativas parentais são destituídas desde outro lugar, encontrando outras barreiras para sua realização. Entende-se que é nesse contexto que se dá o nascimento de um bebê com deficiência. Frente a isso, muitas mães se veem desamparadas face ao desconhecido que um diagnóstico pode significar para elas, por vezes sem referências que possam lhes oferecer suporte ou mesmo sem conseguirem se identificar com seu próprio bebê. Esses são processos delicados que poderão dizer de um sofrimento – tanto para a mãe, como sucessivamente para seu filho.

Desde já, cabe justificar o uso dos termos que aparecerão neste escrito no que tange à deficiência. Termos como “bebê com deficiência”, “criança com deficiência” e “pessoa com deficiência” prevaleceram no texto, buscando incorporar a terminologia hoje utilizada não apenas a nível nacional, mas também internacional em torno desse tema e, principalmente, por entender que esta escolha dá ênfase à pessoa e não à deficiência. A utilização da expressão “Pessoa com Deficiência (PcD)” é uma tendência global que foi formalizada no Brasil em 03

de novembro de 2010 pela portaria nº 2.344 da Secretaria de Direitos Humanos, em substituição a termos anteriormente utilizados como “Portador de Necessidades Especiais (PNE)”, “Pessoa Portadora de Necessidades Especiais”, “Pessoa Portadora de Deficiências” ou “Pessoa Deficiente”.

Ainda que o uso desses termos siga em discussão, entende-se aqui que o olhar que a psicanálise propõe é sempre voltado ao sujeito, e desse modo busca-se não colocar a ênfase sobre uma característica como se esta fosse definidora para aquela pessoa, pressupondo-se a existência de outros traços de identificação significativos para cada um e procurando valorizar a pluralidade de significantes em torno do sujeito nesse escrito. Entende-se que a construção de outras identificações possíveis ao bebê com deficiência, bem como para seus cuidadores sobre seu bebê e seu lugar como pais, oferece-lhe assim outras posições que poderá ocupar no imaginário parental e, por extensão, no social.

Assim, ao falar-se de deficiência no bebê, compreende-se as deficiências congênitas, ou seja: diferentes síndromes, lesões, malformações ou quaisquer outras condições pré-natais ou perinatais que poderão produzir impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial para o bebê. Sabe-se que a clínica com crianças com deficiência é muito ampla, mas estarei neste estudo me debruçando, entre as condições mencionadas, sobre a clínica na qual os bebês apresentam algum déficit que produza uma marca em seu corpo, as quais poderão apresentar barreiras constitutivas ao bebê, em razão de suas implicações na relação com o outro – tendo consequências para seu desenvolvimento ou para sua inserção no social como um todo.

O que se propõe trabalhar aqui não busca uma descrição detalhada de doenças ou de suas consequências fisiológicas, mas sim articular teoricamente sobre as consequências que a marca do déficit que atravessa o corpo do bebê terá para a constituição de seu psiquismo – entendendo desde já que o corpo de que fala a psicanálise se trata do corpo pulsional, “marcado pelo significante e habitado pela libido, corpo erógeno e singular” (Cukiert & Prizskulnik, 2002,

p. 143), o que poderá ser tratado em detalhe mais à frente. Interessa a esta dissertação pensar, assim, a partir da compreensão teórica sobre o estabelecimento do circuito pulsional na relação mãe-bebê e das noções lacanianas de estágio do espelho e de pulsão escópica, quais são os entraves que se produzirão nas construções auto erógenas e libidinais para esse bebê, buscando compreender os possíveis descompassos na relação entre o bebê e sua mãe¹.

Entende-se aqui que a responsabilidade pelos cuidados primordiais de um bebê não diz respeito apenas à figura materna, mas ao contexto familiar e social que precisa atuar nos cuidados tanto do bebê quanto da própria mãe para que um ambiente saudável e acolhedor se construa para eles. Nesse sentido, os diversos papéis desempenhados na família e no âmbito social (como pela esfera pública, nas áreas de saúde e assistência social, por exemplo) terão grande parte na possibilidade de acolhida do sofrimento que se produz frente a um padecimento no corpo do bebê. Muitas vezes, esse contexto já se encontra fragilizado no nascimento de um bebê com diagnóstico de deficiência, sendo por exemplo o abandono paterno um fator significativo a ser observado nesses casos e que tem desdobramentos importantes para a constituição psíquica do bebê. Desse modo, aponta-se a compreensão de que a mãe não será responsável por quaisquer questões apresentadas posteriormente pelo bebê; quando se fala nos efeitos do diagnóstico sobre o laço, fala-se de uma relação que tem influências diversas sobre ela: o contexto econômico, social, cultural e familiar em que mãe e bebê se encontram. Além disso, entende-se que a relação entre a mãe e o bebê é uma construção mútua que depende não apenas daquilo que o meio tem a oferecer como amparo ao bebê, mas de suas próprias construções e de como ele poderá responder a esse meio que o convoca, sendo o bebê também ativo nesse processo. O intuito de privilegiar o olhar para a função materna parte da compreensão de como essa função operará na relação do bebê com o mundo nos primórdios de

¹ Ao longo de todo o escrito utilizar-se-á o termo “mãe” como sinônimo de cuidador primordial, remetendo à figura que realiza o exercício da função materna. Da mesma forma, os termos “pai” ou “pais” são utilizados em referência aos primeiros cuidadores da criança, não necessariamente se referindo aos genitores do bebê.

sua constituição, e como haverá nesse momento uma indiferenciação entre o sofrimento de um e o sofrimento do outro, sem desconsiderar o pano de fundo sociofamiliar que deve sustentar essa função.

A pergunta pelos impasses que esses diagnósticos podem produzir sobre o psiquismo materno e, conseqüentemente, sobre o que se construirá em termos das possibilidades e/ou dos entraves no desenvolvimento e no psiquismo do bebê parte de meu trabalho clínico em estimulação precoce com bebês que chegavam ao serviço já com questões que claudicavam em sua constituição psíquica, ou mesmo com crianças maiores cujas marcas da deficiência em seu corpo ressoavam também sobre seu psiquismo. O objeto desta dissertação não recai em uma verdade sobre a maternidade, nem sobre o bebê ou sobre seu diagnóstico, mas em considerações sobre as variações que se produzirão a partir desse na relação entre a mãe e o bebê. Interessa realizar uma leitura teórica para pensar as interações primordiais entre a mãe e o bebê, relacionando-se a revisão bibliográfica com alguns elementos da clínica psicanalítica, a fim de construir um diálogo entre clínica e teoria a partir das questões levantadas.

Proponho retomar pontos fundamentais da teoria freudiana, bem como da teoria lacaniana, para pensar a constituição subjetiva do bebê e construir, assim, algumas considerações a partir dessas teorias sobre aquilo que pode ser entendido como a clínica psicanalítica com bebês com deficiência. Ao mesmo tempo, esse escrito se fundamenta a partir da leitura de alguns autores contemporâneos e da experiência clínica desses autores para falar de deficiência. Para tanto, também serão trazidas algumas vinhetas de experiências na clínica psicanalítica com crianças com deficiência em momentos pontuais do texto, no intuito de retomar, a partir dessas cenas, alguns interrogantes teóricos que estarão colocados. Busco, assim, desenvolver considerações em torno da construção imaginária do bebê no psiquismo materno e dos impasses que o luto face à deficiência pode trazer relativamente ao momento do encontro com o bebê e à constituição do sujeito.

Para tanto, propõe-se uma pesquisa teórica a partir da leitura psicanalítica da constituição do sujeito e das reverberações do fantasma parental sobre seu psiquismo. Ainda que seja uma pesquisa teórica, esta possui também um caráter clínico, por partir de uma questão intrínseca à clínica psicanalítica, interrogando o lugar do sujeito no imaginário parental. Constitui-se assim uma pesquisa que parte do método psicanalítico de investigação, tomando o objeto de estudo em sua relação com a própria posição do pesquisador ao investigá-lo.

Iribarry (2003) indica que o pesquisador poderia ser considerado o principal participante na pesquisa psicanalítica, uma vez que o mundo objetivo da realidade investigada está relacionado diretamente com a subjetividade do autor. Nesse sentido, não se busca a pretensa isenção do pesquisador, mas, ao contrário, propõe-se partir justamente da experiência da pesquisadora para construir uma leitura possível, através de seu olhar, de questões intrínsecas à constituição psíquica que estão atravessadas pelo real da deficiência, propondo assim entendermos a psicanálise como um campo do saber que dispõe de ferramentas e conceitos que ajudam a pensar e sustentar isso que chamo aqui de clínica com crianças com deficiência.

É possível compreender em Freud algumas considerações sobre a questão da pesquisa e psicanálise, a partir de sua indicação de que a prática psicanalítica está vinculada à concomitância entre o tratamento e a pesquisa (Freud, 1912/2010c), entendendo-a, assim, como ferramenta investigativa. Bianco (2003) destaca que é característica do objeto psicanalítico que este esteja delimitado no campo da análise, o que faz com que a pesquisa psicanalítica dependa da clínica enquanto seu suporte fundamental. A autora indica, ainda, que é em contato com as contribuições clínicas que a pesquisa em psicanálise “ganha seu colorido, sua vivacidade e, acima de tudo, sua originalidade em relação às pesquisas desenvolvidas em outros campos” (Bianco, 2003, p. 120). Assim, entende-se que os recortes clínicos utilizados funcionam como abertura que possibilita lançar um olhar singular às questões teóricas que estão sendo apresentadas.

A pergunta que orienta esse estudo também realiza um percurso clínico, ao interrogar a posição no desejo materno daqueles bebês cuja marca orgânica do déficit aponta para certa impossibilidade em responder ao ideal parental. A partir disso, interroga-se quais são as saídas possíveis para a construção de um lugar para o sujeito na novela familiar que o antecipa. Tendo em vista essas questões, aponta-se como hipótese principal nesse estudo que a capacidade de ressignificação da marca orgânica no corpo da criança dependerá das possibilidades subjetivas de elaboração narcísica dos próprios pais, para que através da elaboração e simbolização desse luto se construa uma possibilidade de filiação para o sujeito, precedida por sua inserção no campo do desejo materno. Apenas a partir da possibilidade de ressignificação dos pais frente à ferida narcísica reaberta pelo nascimento de uma criança com deficiência, será possível a esse bebê sair de uma posição de objeto para poder, assim, ocupar uma posição de sujeito desejante, sem que fique identificado em uma posição de debilidade, podendo construir sua autonomia e trânsito pelo social.

Como principal objetivo desse estudo, busca-se investigar a dinâmica do processo de constituição do sujeito psíquico a partir das representações, do desejo e do inconsciente parental, compreendendo os primórdios da relação mãe-bebê e sua importância para a construção da subjetividade no *infans*, pensando a especificidade de casos de bebês com deficiência. Enquanto objetivos específicos, esta dissertação propõe-se a:

- a. Construir um traçado teórico acerca das concepções históricas do lugar da deficiência no social, podendo colocar em questão o significante deficiência através dessas mudanças conceituais;
- b. Conceitualizar, a partir da teoria psicanalítica, questões relativas ao nascimento do sujeito, tais como narcisismo primário, suposição do sujeito, pulsão escópica e corporeidade, podendo pensar as especificidades desses conceitos quando um déficit se impõe sobre o processo constitutivo;

- c. Investigar os possíveis efeitos do sofrimento psíquico materno sobre a relação mãe-bebê e sobre a constituição subjetiva do bebê;
- d. Compreender as contribuições e potencialidades do trabalho psicanalítico na clínica com bebês enquanto sustentação da função materna frente às quebras dos ideais colocados sobre o bebê.

Sabe-se que, cultural e historicamente, são depositadas sobre a maternidade concepções e expectativas muitas vezes naturalizadas a respeito do que é ser mãe, o que leva a construções muitas vezes dadas como certas sobre o que é a maternidade. Badinter (1985) retoma a historicidade da maternidade para colocar em xeque a questão do amor materno como algo inato, instintivo. A autora entende que, ainda que a ideia de instinto materno não seja mais tomada pelo meio científico como certa, isso não fez com que fossem descartadas as ilusões sociais em torno da maternidade.

A pesquisa realizada por Tomaz (2015) compreende a maternidade como uma construção social e evidencia a vinculação da concepção de mãe com as mídias sociais e sua influência sobre os ideais de distintas classes sociais em determinada época. O estudo compreende a análise dos trabalhos realizados nos últimos dez anos no Brasil em torno da questão “maternidade e mídia”, e traz alguns dados interessantes para se pensar o lugar idealizado que a maternidade ainda ocupa em nossa sociedade. Dentre algumas conclusões do estudo, observa-se a constatação do ser mãe como uma forte representação do feminino na mídia brasileira, ainda que exista um movimento de não se reduzir a identidade feminina ao desempenho da função materna. Além disso, a autora aponta as mídias como “um espaço de pedagogia com autoridade proveniente, sobretudo, dos especialistas para ensinar às mulheres a tarefa de ser mãe” (Tomaz, 2015, p. 161).

Com a proliferação das mídias virtuais, a existência desse lugar de uma autoridade sobre a maternidade sofreu algumas transformações, pulverizando-a, ainda que ela não tenha

desaparecido. Ao mesmo tempo em que especialistas fazem uso desses espaços virtuais para a comunicação sobre o assunto, outros lugares de fala foram surgindo e, com isso, muitas mães também puderam sair da posição passiva para um lugar ativo de fala, autorizando-se em seu saber materno. A autora aponta que, a partir do século XXI, as tecnologias foram se construindo como espaços de interlocuções entre mães que, apesar de não deixarem de lado o conhecimento especializado sobre seus bebês, passam a se incluir na categoria de especialistas, podendo inclusive questionar esses saberes médico-científicos até então dados como certos (Tomaz, 2015).

Ao mesmo tempo, entende-se que essas construções que permitem às mães se apropriarem do lugar de especialista também produzem invariavelmente novas concepções sobre o que é, afinal, ser mãe. Com a produção de um discurso social que revelaria a verdade por trás da maternidade, ou ainda, o lado não-romantizado da maternidade, possibilitou-se que muitas das angústias e do sofrimento puerperal pudessem sair das sombras e ter espaço nas mídias, sem que essas mães sofressem um processo de exclusão através da estigmatização do sofrimento puerperal (como adoecimento ou anormalidade), e sim reposicionando-o como algo natural. Com a propagação da internet e das redes sociais, observa-se o compartilhamento de conteúdo em diversas plataformas, permitindo que mães dividam suas vivências, limites e frustrações frente ao encontro com esse lado muitas vezes visto como “obscuro” da maternidade.

No entanto, enquanto, por um lado, se está vivendo a desconstrução de conceitos pré-estabelecidos sobre os ideais de maternidade, por outro, as experiências de maternidade com bebês com deficiência parecem ainda marginalizadas, sem que este seja um dado que apareça nos estudos realizados nesse sentido. O gradativo movimento de apropriação das mães de um lugar de fala e de saber, conforme discute Tomaz (2015), parece esmaecido no que tange à maternidade cujos bebês encontram percalços orgânicos, caracterizados como deficiências pelo

meio da saúde e das políticas sociais. Na escuta clínica com mães e seus bebês, observa-se que os discursos maternos nesses casos aparecem ainda muito atrelados ao saber médico, não parecendo haver evidências nas pesquisas sobre maternidade e mídia de que essas mães sejam vistas e autorizadas também nessa apropriação de seus saberes. Assim, considera-se que o lugar da maternidade com crianças que apresentem algum déficit em seu desenvolvimento ainda está muitas vezes atrelado ao discurso médico e a espaços de tratamento que colocam essas mães e seus bebês em menos evidência.

Nesse sentido, reflito sobre a importância de essas mães poderem também ser incluídas nos processos sociais de apropriação do saber materno. Essa compreensão aponta que, para além da solidão que marca o puerpério, há também um caráter social do momento do nascimento do bebê, sendo, portanto, a identificação com o outro um dispositivo necessário que possibilita a ressignificação de sua própria posição subjetiva frente à maternidade. Jesus, Jucá e Barbosa (2014) apontam que o puerpério, quando compartilhado com outras mulheres e assim vivido enquanto um processo de identificação com o outro, propicia a simbolização de questões intrínsecas ao processo de construção da maternidade na subjetividade das mulheres, possibilitando a elaboração de dificuldades associadas à maternidade. Enquanto isso, ainda que o sofrimento puerperal possa ter recebido aos poucos outra qualificação, saindo da anormalidade para ser tratado como algo natural, a deficiência permanece nesse lugar obscuro e indesejado, havendo um longo caminho a ser percorrido para que ela possa ser aceita como uma das formas possíveis de se habitar o mundo.

A deficiência parece ser ainda muitas vezes tratada como análoga à limitação e à incapacidade, e talvez por isso permaneça à margem dos processos socialmente compartilhados e esperados de maternidade – mesmo quando se fala do lado “indesejado” da maternidade. Ao mesmo tempo, a deficiência é uma questão que produz distanciamento ou desinteresse de muitos, sendo também bastante comum o abandono parental, especialmente o abandono

paterno, ou ainda um distanciamento do exercício de suas funções. Entende-se que o fato de a deficiência não poder ser encarada de frente faz com que na relação parental possam se produzir entraves importantes para o desenvolvimento e a constituição psíquica do sujeito.

Alguns funcionamentos comuns são identificados na relação parental com o bebê com questões orgânicas, sendo estabelecidas aqui três principais posições que indicam sofrimento frente ao diagnóstico: a destituição do saber materno (por vezes tomando o corpo do bebê como objeto do saber médico, sem que a mãe possa exercer seu saber sobre ele); o apagamento da marca da deficiência no corpo do bebê (negação da deficiência); e o não investimento libidinal no filho (posição depressiva). Estas posições serão problematizadas para pensar a função que elas exercem no processo de elaboração do luto materno e quais os efeitos sobre o exercício da função materna no encontro com o bebê e sua inserção na cadeia significativa parental.

Assim como a idealização sobre a maternidade e as expectativas sociais sobre a mulher são centrais para pensar o lugar em que o bebê chega situado no imaginário materno, podemos entender, a partir da leitura freudiana no que diz respeito à conceitualização do narcisismo primário, que o bebê é também idealizado e desejado em um lugar de “perfeição”, sendo desse modo colocadas sobre ele expectativas de realização muitas vezes inatingíveis. O encontro com o Real vai permitindo que os pais, cuidadores primordiais, gradativamente possam ir resignificando seus anseios de ideal atribuídos ao bebê. Entende-se que, para além das expectativas que antecedem a chegada do bebê, a marca da deficiência aponta uma imperfeição frente a qual muitas vezes se claudica para encontrar possibilidades de elaboração e resignificação desses ideais. Interessa pensar, assim, como o trabalho psicanalítico poderá mitigar os entraves que se produzem para os pais, pensando especificamente o trabalho com a função materna. A escuta psicanalítica pressupõe, aí, que o trabalho diz respeito àquilo que se situa no entre, na relação que se estabelece entre a mãe e o bebê, uma vez que a imperfeição

que a deficiência aponta perpassa o corpo do bebê e retorna aos pais, atingindo-os em seus narcisismos.

Para isso, esse estudo realizará um percurso atravessando tanto questões mais gerais relativas ao nascimento e à constituição psíquica até questões mais específicas do trabalho clínico e de conceitos que dão suporte à clínica psicanalítica, pensando as particularidades da clínica com bebês com deficiência e os impasses desse termo na compreensão psicanalítica do sujeito. Assim, no primeiro capítulo será feito uma breve retomada histórica, traçando um percurso pela construção do conceito de deficiência a partir das classificações e dos debates teóricos que foram se consolidando nesse sentido, por meio dos quais será possível estabelecer algumas compreensões sobre o termo e sua construção social, as quais acompanharão o uso do conceito ao longo de todo escrito.

Já a partir do segundo capítulo, estará situada a especificidade dos processos constitutivos do sujeito, abordando alguns conceitos centrais para pensar esse tempo constitutivo. Além disso, trarei algumas considerações sobre estudos e trabalhos contemporâneos que apontam para o período gestacional como privilegiado para a construção das suposições maternas sobre o bebê e conseqüentemente sua importância para a construção da relação mãe-bebê antes mesmo de seu nascimento, apontando a função das tecnologias atuais de exames gestacionais como uma antecipação do encontro com o bebê. A partir disso, interessa pensar também os diagnósticos precoces produzidos por essas tecnologias e quais os efeitos que eles produzem no sentido das elaborações que vão sendo construídas já na gestação. Insere-se ao final desse capítulo uma discussão sobre a questão do olhar como constitutivo para o sujeito, que sustentará as discussões posteriores neste escrito.

No terceiro capítulo dessa dissertação, volto o olhar para a questão da deficiência na primeira infância, mais especificamente buscando debater os efeitos do diagnóstico de deficiência sobre o imaginário parental e, assim, sobre a própria constituição subjetiva do bebê.

Busca-se nesse capítulo explorar a teorização do estágio do espelho e da assunção jubilatória da imagem especular do bebê, segundo Lacan (1949/1998), para transpor essa função integradora do espelho para a clínica dos bebês com deficiência, pensando esse momento como decisivo para sua constituição subjetiva. Neste capítulo, é abordado o tema da debilidade como trabalhado por Lacan, trazendo também contribuições de Mannoni para a compreensão desse conceito. A partir disso, também propõe-se pensar a lesão orgânica em contraposição à lesão imaginária e o que é impossível de ser simbolizado aí.

Por fim, no quarto e último capítulo desse estudo, adentro a questão da clínica psicanalítica com bebês, trazendo assim alguns aspectos específicos desse trabalho. Constrói-se a compreensão de que o olhar para o bebê é possível também a partir da sustentação do olhar do Outro, pensando justamente a sustentação da função materna a partir do suporte de um terceiro. Trago ainda algumas contribuições da clínica psicanalítica com bebês para pensar a especificidade desse trabalho através de algumas vinhetas e leituras possíveis sobre elas. São articulados também alguns conceitos intrínsecos a essa clínica, pensando quais as contribuições possíveis da psicanálise para a clínica com bebês.

Assim, ao pensar a maternidade como uma construção social e tendo em vista as ilusões e idealizações que se produzem em torno dela, esta dissertação entende a necessidade em se pensar o trabalho de intervenção com bebês, dado o momento de fragilidade vivido pela puérpera, e sua potencialidade, compreendendo também a primeira infância como uma fase privilegiada de intervenção. Entende-se que ainda que muitos estudos são voltados à maternidade e à relação que se estabelece entre a mãe e seu bebê, observa-se que a deficiência ainda ocupa um lugar periférico, sendo fundamental que as pesquisas possam se voltar cada vez mais para esse tema. Ademais, compreende-se a necessidade em se pensar o lugar do psicanalista no trabalho com bebês com deficiência e suas mães, para que este não ignore as peculiaridades dessa clínica, sem se restringir às questões relacionadas à deficiência,

possibilitando que seu olhar seja voltado para o sujeito. Busca-se, portanto, dar visibilidade à clínica com crianças com deficiência para que as mães e seus bebês que se encontrem nessa condição tenham outras possibilidades – tanto no que diz respeito às implicações sobre a relação primordial que aí se estabelece, como nas construções sociais que poderão se dar para ambos com base nessa relação.

1 Conceito de deficiência

[...] temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Boaventura de Sousa Santos e João Arriscado

Nunes (2003)

Ao longo do tempo, a deficiência passou por muitas modificações quanto ao lugar que ocupa no social: desde ser eliminada, para então ser escondida, segregada ou excluída, e mais tarde tratada ou corrigida. Hoje, busca-se sua aceitação em uma perspectiva que entende a deficiência como uma das diferentes formas de se habitar o mundo. Entretanto, sabe-se que essas diferentes compreensões que circundam a deficiência não se extinguiram com o passar do tempo, havendo até hoje resquícios dos diferentes olhares atribuídos à deficiência. É possível perceber que, nos tempos atuais, a deficiência ainda é socialmente indesejada, e poderíamos até mesmo inferir que, com os avanços da medicina e da manipulação genética no campo da reprodução humana, segue-se buscando um ideal de perfeição no que diz respeito às características físicas e capacidades mentais e funcionais do ser humano.

A perspectiva que se busca transmitir aqui diz respeito a como o diferente sempre é visto de forma negativa em nossa sociedade, o que sem dúvida não apenas diz respeito à deficiência. Esta é uma das expressões da diversidade humana e, assim como outras, carrega o peso de sua inadequação em uma sociedade cujos padrões estéticos são produtores de preconceito, opressão e exclusão, ocasionando na maioria das vezes um processo de marginalização daqueles que, nessa idealização estética, não correspondem ao esperado. Tendo em vista essa compreensão,

busca-se nesse capítulo fazer uma retomada conceitual da noção de deficiência, a qual culmina na construção do termo *pessoa com deficiência*. Essa costura é feita principalmente a partir das tentativas de classificação das consequências de doenças e das discussões que permearam essas mudanças nas classificações, as quais foram acompanhadas por debates não apenas concernentes ao campo médico, mas também ao campo político e social. Para esse estudo, a partir do olhar da psicanálise, irá me interessar pensar justamente como essa noção se constrói no campo social e quais são as suas implicações para o sujeito, a partir do social, em ocupar esse lugar de pessoa com deficiência.

1.1 Classificações e definições

O aparecimento de manuais específicos sobre deficiências aconteceu em 1976 com a *International Classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease (ICIDH)*, nova conceituação proposta pela IX Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS) naquele ano, sendo sua tradução para o português publicada mais de uma década mais tarde, em 1989, com o nome “Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças” (CIDID) (Amiralian et al., 2000). Os principais objetivos da classificação produzida pela OMS iam no sentido da facilitação da comunicação entre profissionais sobre essas condições, melhorando a troca de informações, superando mal entendidos e utilizando uma linguagem comum e bem especificada. Ainda que bastante problemática em sua forma de conceber as limitações das diferentes condições de saúde compreendidas pelas deficiências, essa classificação é ponto de partida e, portanto, parte fundamental do percurso histórico que se vem construindo para incentivar as discussões nos âmbitos social, político e de saúde, buscando outros olhares para a questão da deficiência.

Essa classificação conceituou os três termos procurando distingui-los em sua semântica, sendo a deficiência compreendida como “perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. [...] anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão ou tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais” (Amiralian et al., 2000, p. 98). Já a incapacidade seria aí compreendida como a “restrição, resultante da deficiência” ou ainda “consequência direta ou resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra” (Amiralian et al., 2000, p. 98), enquanto a desvantagem é descrita como o prejuízo para o indivíduo, resultante seja da deficiência ou da incapacidade, no que diz respeito a limitações ou impedimentos na realização de seu papel social, configurando-se justamente como a distância entre a capacidade de realização de um indivíduo e as expectativas a ele impostas pelo seu contexto e/ou grupo social. Desse modo, tanto a incapacidade quanto a desvantagem estão intimamente relacionadas à deficiência, aparecendo como efeitos desta nas limitações sensoriais, psíquicas e corporais e para a inserção do indivíduo no meio social, respectivamente. Como exemplo dessa perspectiva, poderia se citar que uma *deficiência* musculoesquelética (física) resultaria em uma *incapacidade* de andar (de locomoção) e uma *desvantagem* no que diz respeito à independência física e mobilidade da pessoa com tal deficiência (Amiralian et al., 2000).

Os autores citam diferentes comentadores da CIDID que propuseram a ampliação dos conceitos presentes na classificação, no sentido de compreender estes conceitos a partir também das implicações de cada um para a vida das pessoas com deficiência. O conceito de desvantagem era visto então como relacionado à perda de qualidade de vida e da qualidade de interação social da pessoa, enquanto a incapacidade era compreendida como uma construção social imposta às pessoas com deficiência. Além disso, algumas outras considerações são significativas, como a percepção de que a substituição de algumas palavras por outras pode provocar até mesmo uma mudança na perspectiva sobre tais condições. Como exemplo, temos

a constatação de que a utilização do verbo “ter” seria menos prejudicial que o verbo “ser” (o que é corroborado através do percurso histórico que leva à utilização da expressão “pessoa com deficiência” ao invés de “pessoa deficiente”), colocando a pessoa numa relação com a sua condição, ao invés de fazer uma equivalência entre ela e sua deficiência, da mesma forma que nomes e adjetivos igualariam a pessoa à deficiência (Amiralian et al., 2000).

Nesse mesmo sentido, Amaral (1996) sublinha a problemática de utilizar-se adjetivos tornados substantivos, o que faz com que aquilo que seria uma condição que acompanha o indivíduo acabe por substituí-lo – como acontece, por exemplo, no uso do termo “deficiente” ou, em outra proporção, do termo “excepcional”. Assim, a autora justifica a utilização da expressão “pessoa com deficiência”, devolvendo a pessoa a seu lugar de sujeito sem que uma condição tome seu lugar, como se fosse seu sinônimo. Percebe-se, assim, que a construção da CIDID foi um momento inicial de uma longa jornada que ainda precisaria ser percorrida. As nuances em torno da deficiência são, por vezes, muito sutis e devem, portanto, ser pensadas de forma cuidadosa. Tais desdobramentos de conceitos, como os sugeridos por Amaral (1996), nos são caros para pensar que estes são relativos, estando muitas vezes referidos a compreensões de normalidade e anormalidade de um contexto social e época.

Farias e Buchalla (2005) apontam que a CIDID ainda se encontrava presa a uma lógica de causalidade e consequência, mantendo uma correlação linear entre deficiência, incapacidade e desvantagem, entendendo ainda o caráter experimental dessa classificação. Até mesmo alguns termos utilizados nessa classificação foram sendo questionados pelo modelo social da deficiência, como o termo “*handicap*” (traduzido para o português como “desvantagem”), que remeteria à condição social precária de muitas pessoas com deficiência, fazendo referência aos pedintes “com chapéu na mão” (Diniz et al., 2009). É nessa perspectiva que, em 2001, após diferentes versões e experimentações, foi aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde a *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* pela *World Health*

*Organization/*Organização Mundial de Saúde (*WHO/OMS*), sendo sua versão em língua portuguesa publicada em 2003 com o título “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)” (OMS, 2003). Diniz, Barbosa e Santos entendem que a CIF rompe com o pensamento linear da CIDID, trazendo uma perspectiva positiva à funcionalidade da pessoa com deficiência, estabelecendo parâmetros de funcionalidade (que dizem respeito às funções do corpo, atividades e participação), bem como os de incapacidade (que por sua vez dizem das deficiências, limitações de atividade e restrições de participação), ambos presentes na classificação (Farias & Buchalla, 2005).

Com isso, a CIF viabiliza um olhar para as capacidades da pessoa com deficiência, permitindo valorizá-las, ao mesmo tempo que entende que suas incapacidades não são consequência exclusiva de sua condição de saúde, mas também e principalmente da falta de adaptação do meio para tais condições. Além disso, a CIF compreende que o mero estabelecimento de um diagnóstico não é suficiente para delinear as condições de vida da pessoa, entendendo que sua funcionalidade irá depender de diferentes fatores não só a partir de uma perspectiva biológica, mas também ambiental, social e cultural. Nesse sentido, é possível dizer que duas pessoas com a mesma doença poderão ter níveis de funcionalidade diferentes, da mesma forma que duas pessoas com a mesma funcionalidade não terão necessariamente a mesma condição de saúde (Farias & Buchalla, 2005). Esse entendimento corrobora com a ideia da utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID) juntamente com a CIF no que tange aos diversos diagnósticos de deficiência.

No caminho dessas mudanças a nível internacional da perspectiva sobre a deficiência, outros marcos nesse percurso podem ser identificados. A partir da sexagésima primeira sessão da Assembleia Geral da Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ocorrida em dezembro de 2006, e de seu Protocolo Facultativo, ambos assinados em Nova York em março de 2007 e aprovados no Brasil através

de decreto em julho de 2008, entende-se por pessoas com deficiência “aquelas que têm impedimentos a longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade de forma igualitária com as demais pessoas” (ONU, 2006, p. 4, tradução livre).

Essa definição não é suficiente para encerrar as discussões que circundam a questão da deficiência e menos ainda para resolver as implicações sociais ainda hoje de ser visto como diferente em razão de uma deficiência. Porém, entende-se que essa definição já oferece uma mudança lógica no olhar para a questão da deficiência, o que já vinha sendo questionado sobre definições que priorizavam o modelo biomédico da deficiência. Ao expressar a ideia de que os impedimentos estão em relação com as barreiras ambientais, e que assim “podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade de forma igualitária”, essa definição não impõe as limitações como inerentes à deficiência, mas aponta principalmente que elas estão relacionadas a contingências ambientais, sociais e culturais, através de um contexto de preconceito e desigualdades, inclusive no que tange à garantia de seus direitos pelo poder público.

Foi nesse mesmo momento histórico que surgiu também a CIF-CJ, publicada em 2007, buscando trazer um olhar cuidadoso às especificidades da infância e juventude no que tange à classificação de funcionalidades. Ainda que sua base conceitual seja similar à CIF, a principal adaptação de seu conteúdo tem a ver com os temas do crescimento e desenvolvimento da criança, tomando quatro pontos como centrais para isso: contexto familiar, atrasos no desenvolvimento, participação e ambiente. Ademais, é o caráter específico da infância (dadas as diferentes etapas do desenvolvimento pelas quais as crianças passam ao longo dos distintos momentos da infância) que exigiram uma mudança para essa classificação. Além disso, a CIF-CJ mantém consistência e coerência com relação à CIF, fazendo com que tenha um caráter de complementaridade a ela, sendo focada nas especificidades que compreendem a faixa etária de crianças e adolescentes, ou seja, desde o nascimento até os dezoito anos (Jacobsohn, 2014).

Em 2010, tendo em vista a recomendação do Grupo de Referência para Funcionalidade e Incapacidade (FDRG) e a aprovação na Reunião Anual da Rede da Família de Classificações Internacionais da OMS, realizada em Toronto, foi feita a integração da CIF-CJ à CIF, construindo assim uma nova versão completa da classificação. O maior valor de ambas as classificações (CIF e CIF-CJ) ainda reside na transformação sobre o paradigma de classificação, deslocando a visão da “consequência da doença” para um sistema fundamentado em “componentes da saúde” (Castro et al., 2020), passando “de uma classificação de corpos anormais [CIDID] para uma avaliação complexa da relação entre o indivíduo e a sociedade [CIF]” (Diniz et al., 2009), buscando uma abordagem biopsicossocial da deficiência e tirando a primazia do modelo biomédico que dominou essa temática até boa parte do século XX. Ainda, elas são compreendidas como aplicáveis a diferentes contextos, contendo diversas ferramentas e possibilitando inúmeras abordagens, tanto na área de saúde e educação como para investigação, estatística e desenvolvimento de políticas públicas (Farias & Buchalla, 2005; Diniz et al., 2009; Jacobsohn, 2014).

Entretanto, é também sua diversidade de recursos que torna difícil seu uso completo (Farias & Buchalla, 2005), sendo uma classificação que possui um sistema de codificação complexo e extenso (Jacobsohn, 2014). Além disso, observa-se a necessidade de treinamento dos profissionais para a aplicação da CIF-CJ, identificando-se que esta classificação ainda é pouco difundida entre terapeutas que trabalham com jovens e crianças, por vezes não sendo utilizada a CIF específica para essa faixa etária (Castro et al., 2020). Assim, de modo geral, podemos compreender que, apesar da CIF/CIF-CJ ter avançado amplamente como ferramenta de classificação e intervenção nas diferentes áreas que tangenciam a questão da deficiência, ainda há um caminho importante a ser percorrido.

1.2 Desdobramentos sobre o conceito

É possível perceber que as mudanças que se operaram entre as classificações da CIDID (1976) para a CIF (2001) dizem muito das modificações que se articulavam também nos âmbitos político e social em todo o mundo. A partir de 1981 –declarado pela ONU como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente (AIPD) –, vimos de forma mais consistente a mobilização das pessoas com deficiência, propondo mudanças de paradigmas em torno da deficiência e suas implicações no social. A estes movimentos da segunda metade do século XX, pode ser atribuída a conquista (ainda em andamento) de transferir o debate sobre a deficiência do campo assistencialista para o campo dos direitos humanos (Garcia, 2010).

Faz-se necessário dizer que, para se chegar à utilização da expressão “pessoa com deficiência”, percorreu-se também um longo caminho, sendo empregados ao longo do tempo os mais diversos termos para se referir a essas pessoas. Amaral (1996) retoma historicamente a construção de expressões em torno da deficiência, como o termo “excepcional”, que surgiu no começo do século XX, firmou-se na década de 1950 e tornou-se hegemônico nas décadas de 1970 e 1980 em muitos contextos sociais e geográficos. A autora aponta que o surgimento da expressão “excepcional” já estava relacionado com um movimento cíclico de enfrentamento de preconceitos, buscando substituir expressões anteriores a esta, que com o passar do tempo foram tomando uso coloquial porém depreciativo, tais como “idiota”, “imbecil”, “cretino”, “débil”, “mongoloide”, em sua maioria associadas à deficiência intelectual. Ainda poderíamos acrescentar outras expressões pejorativas como “aleijado”, “coxo”, “manco”, mais associadas à deficiência física, ou “ceguinho”, “surdinho” e mesmo “surdo mudo”, associadas à deficiência sensorial (Sasaki, 2003).

Mesmo entendendo a construção do termo no sentido da substituição de tais expressões, Amaral ainda questiona a criação e disseminação da palavra “excepcional”, contrapondo tal

busca por um termo “mais adequado” a uma simplificação de algo não tão facilmente simplificável, além de ser também uma palavra que vem a “camuflar ou mesmo negar a própria ideia do déficit, da não complementaridade, da deficiência enfim geradora de perplexidade e incômodo” (Amaral, 1996, p. 4). Na mesma linha, a autora questiona o uso do termo “pessoa portadora de necessidades especiais”, e assim o justifica:

[...] usualmente não somos ‘portadores’ de necessidades: não portamos fome, não portamos necessidade de afeto, não portamos sono... Com isso – esses de nós que levantam tais objeções – não queremos dizer que a luta contra o preconceito não seja importante, queremos dizer que a luta contra o preconceito não pode restringir-se a termos ‘politicamente corretos’, muitas vezes caindo inexoravelmente no universo do eufemismo, que há milênios mostra-se ineficiente para enfrentamento de qualquer questão humana (Amaral, 1996, p. 5).

Além disso, podemos olhar com mais proximidade também para a compreensão acerca das “necessidades especiais”. Essa é também uma expressão problemática, pois em certa medida responsabiliza a pessoa com deficiência por sua condição no mundo, atribuindo um status diferenciado às suas necessidades em relação às demais pessoas. Ainda que diferentes condições de saúde possam implicar em cuidados específicos, as necessidades de pessoas com deficiência não se distinguem de qualquer outra pessoa: comer, estudar, trabalhar, se locomover etc.

Entende-se que a importância no cuidado com os termos que são atribuídos para se referir às pessoas com deficiência ou à sua condição se dá essencialmente para que a desconstrução do lugar social e historicamente destinado a essas pessoas – de exclusão, exceção e marginalização – seja possível. Rotular-se uma pessoa em um lugar excludente, excepcional, por si só inviabiliza que ela ocupe lugares comuns a todos na sociedade. Ao mesmo tempo, generalizar a condição de todas as pessoas com deficiência, limitando-as a esse signo destitui o

lugar singular do sujeito no mundo, dando-lhe um único destino: o da anormalidade. Isso está na raiz do que a nível inconsciente toca a cada um de nós quando pensamos na questão da deficiência.

Garcia (2010) aponta para o entendimento de que as deficiências, de forma geral, são tão antigas quanto a própria humanidade. Passando por diferentes sociedades, percebem-se mudanças históricas na perspectiva sobre a deficiência, que vão desde uma lógica de extermínio, estando ligada tanto a uma ideia de não ser útil à sociedade (em termos de vitalidade, produtividade e serventia à guerra), como a ideias de impureza ou pecado, levando à exclusão e segregação da sociedade (especialmente por influência do Cristianismo, no âmbito do qual foram surgindo as instituições para essas pessoas), até chegar na utilização de tratamentos que buscassem modificar a condição da doença. Foi só a partir do século XX que se observou, a partir de movimentos sociais e políticos, a mudança do olhar sobre a questão da deficiência, buscando romper com a lógica prioritariamente médica ou assistencialista e levando a uma discussão a nível de direitos humanos. O autor aponta que o processo de modificação do olhar sobre a deficiência não é linear nem homogêneo (Garcia, 2010). Outros autores corroboram com esse entendimento, entendendo a deficiência como um conceito em evolução, ao mesmo tempo em que compreendem a deficiência como uma construção social (Maior, 2015), o que nos possibilita pensar justamente que a compreensão de deficiência irá variar de acordo com o contexto social, político e temporal a que se refere.

Entende-se que a mudança de um modelo biomédico para um modelo social da deficiência é necessária para que a estigmatização dessas pessoas possa gradativamente diminuir, deixando-se de ver a deficiência como uma desvantagem natural a ser corrigida ou reparada para compreendê-la como uma manifestação da diversidade humana (Diniz et al., 2009). Mas será que a compreensão da deficiência a partir de uma perspectiva dos direitos humanos será suficiente para dar conta do lugar que a deficiência ocupa no imaginário social –

e, juntamente, no imaginário parental – como sendo uma falha, imperfeição, insuficiência, quebra insuportável e quiçá irreparável do narcisismo? Sabe-se da importância do discurso social para os processos subjetivos de cada um, mas este é ainda um processo que sozinho não dá conta da ruptura narcísica que está em jogo no diagnóstico de um bebê com problemas orgânicos.

1.3 Questões relativas à psicanálise

A breve retomada histórica aqui realizada, tanto no que tange à classificação da deficiência como às mudanças sociais que se operaram em torno desse conceito, nos serve para termos a dimensão de “indesejável” que sempre acompanhou a deficiência, produzindo a partir disso um registro no campo social. Não à toa, a busca pelo reconhecimento de seus direitos e de suas capacidades é algo que está longe de se encerrar para as pessoas com deficiência. Compreende-se aqui que este registro social irá incidir sobre as construções imaginárias parentais no que diz respeito ao nascimento de uma criança com padecimentos em seu corpo.

A psicanálise, desde seu nascimento, surge justamente no ponto em que a medicina não se faz suficiente para dar conta de sintomas ou padecimentos humanos. Desse modo, podemos dizer que a psicanálise se estabeleceu nos limites da medicina, onde os recursos médicos já não eram suficientes para tal sofrimento (Coriat, 1997). Da mesma forma, a clínica psicanalítica com bebês surgiu também nesse limiar, do padecimento que está para além do corpo biológico. Assim, entende-se que é questão relativa à psicanálise, especialmente quando falamos sobre clínica com bebês com deficiência, pensar sobre os efeitos que o encontro com a patologia produzirá sobre o corpo pulsional a partir do laço estabelecido com o Outro.

Para a psicanálise, o objeto de seu estudo não será o sujeito de direitos, mas o sujeito do desejo. Ao dar centralidade à questão do desejo para a constituição da subjetividade humana, a

psicanálise permite compreender que é justamente a diferença o que nos sustenta como sujeitos, pois é na singularidade que somos reconhecidos como tal. Porém, a singularidade se constrói a partir do traço significante que nos representa, sendo necessária a participação do Simbólico para que esse lugar seja construído.

Constata-se na clínica com bebês com deficiência que estes precisarão ser vistos para além da sua deficiência a fim de que a antecipação de um sujeito não seja preterida (pelos cuidados médicos excessivos, pela tentativa de normalização, pelo estigma da incapacidade etc.), saindo o bebê da posição de objeto para ser suposto como sujeito. Ao mesmo tempo, como aponta Fédida (1984, p. 145), um dos riscos que se apresenta aí é a negação da deficiência, que segundo o autor provocaria uma falsificação da relação com o outro, o que por fim “induz patologias relacionais crônicas e, sobretudo, caminha no sentido de formações reativas de caráter, que levam o Eu a suas próprias deformações”. Estas são algumas das questões que interrogam a psicanálise para que possamos avançar na perspectiva de um olhar subjetivante para o bebê com deficiência.

2 Da especificidade de um tempo tão primordial: nascimento e primeira infância

Sabemos com Lacan (1949/1998) que o bebê vem ao mundo em estado de desamparo e que é justamente em função da prematuridade específica do ser humano que nos vemos na necessidade de um outro, estando desde muito cedo inseridos no mundo a partir da relação com um cuidador primordial e, conseqüentemente, através da linguagem. O bebê dependerá de alguém que assuma seus cuidados e, mais que isso, será justamente em razão da sua insuficiência que o bebê necessitará de um suporte que vai além dos cuidados biológicos, no sentido da antecipação de um sujeito para que ele advenha. Diferentes autores contemporâneos, cujos trabalhos clínicos são dedicados também ao tempo da primeira infância, estabelecem de forma clara a especificidade desse trabalho e que o que está posto em um tempo tão precoce da vida do ser humano é a estruturação do psiquismo e o nascimento do sujeito.

Jerusalinsky (2002) diz a esse respeito que se trata de um tempo em que acontecem as primeiras inscrições simbólicas para o bebê e que, portanto, a estrutura psíquica ainda não está definida. Ao mesmo tempo, entende que o bebê encontra uma estrutura simbólica que o antecede e que produz sobredeterminações simbólicas que definem seu lugar previamente nessa estrutura. A autora aponta algumas dessas sobredeterminações simbólicas, sejam elas a cultura em que o bebê nasce, o nome que lhe é atribuído, o modo como os laços parentais se articulam nessa estrutura simbólica ou ainda a posição que vem ocupar nessa família. Da mesma maneira, Laznik (1999, p. 129) também situa que os primeiros meses da vida do bebê dizem respeito a um tempo em que “nada ainda está definido”, compreendendo que os primórdios da vida da criança são palco dessas primeiras inscrições simbólicas, que têm efeitos diretos sobre os rumos da estruturação de seu psiquismo.

Coriat (1997, p. 275), por sua vez, utiliza o termo “alicerces do aparelho psíquico” para dizer desse tempo em que “se produz um novo sujeito”, tempo, também, em que acontece o

encontro do simbólico com o real orgânico do recém-nascido, entendendo que “o efeito deste encontro (na maioria dos casos, não em todos) é a produção de um sujeito do desejo” (Coriat, 1997, p. 276). Desse modo, a autora situa dois pontos importantes para pensarmos os primórdios do psiquismo da criança. O primeiro deles é o de que a criança dependerá desse encontro entre o simbólico e o real orgânico, ou seja, o psiquismo depende de um aparato orgânico para se estabelecer, e vice-versa. Outro ponto é o de que em nem todos os casos o efeito desse encontro será o da inscrição simbólica.

A respeito disso, pode-se pensar a metáfora que a autora propõe estabelecendo os campos de conhecimentos atribuídos à psicanálise e à neurologia, ao dizer que “*se a Psicanálise se ocupa dos efeitos do escrito, a Neurologia ocupa-se do papel.*” (Coriat, 1997, p. 268). Se a inscrição simbólica no corpo orgânico for tomada como a escrita sobre um papel, temos logo outra questão, aquilo que a autora nomeia como a qualidade do papel se irá escrever:

Há papeis sobre os quais a mão que escreve desliza quase sem se dar conta e, no entanto, os caracteres que ali aparecem resultam nítidos e claros. – Estamos falando das crianças normais. Há papeis sobre os quais, por diversos motivos, resulta mais difícil escrever. O papel pode apresentar uma superfície rugosa que não permite à caneta deslizar com facilidade, pode estar entrecortado, pode ser necessário remarcar uma e outra vez a mesma letra para que seja possível chegar a lê-la. (...) – Estamos falando das crianças com retardo mental, ou com certo tipo de disfunções, ou com déficits em seus órgãos sensoriais (Coriat, 1997, p. 154).

Podemos pensar a partir disso que o aparato orgânico de que uma criança dispõe poderá facilitar ou dificultar que essas inscrições significantes produzam marcas sobre seu corpo e, assim, na organização de seu psiquismo. Da mesma maneira, a autora também se ocupa em pensar que, assim como o orgânico importa, há também outro aspecto a se considerar e que diz respeito a como os pais poderão olhar para esse corpo:

Aqui nos deparamos com o fato de que os pais, ao se encontrarem com um papel de qualidade diferente da esperada, às vezes não querem escrever nele; outras vezes querem, mas em vez de escrever o texto que vieram preparando durante os meses de gestação, supõem que esse papel diferente necessita um texto diferente e dedicam-se a escrever as letras em uma ordem por demais estrambótica, alheia a uma língua materna ordenada desde o Nome-do-Pai (Coriat, 1997, p. 155).

Aqui se delineia uma importante questão que diz respeito à forma como os pais conseguirão responder às contingências impostas por um diagnóstico inesperado. Nesse sentido, interessa pensar mais especificamente o que concerne à relação materna, em como essa mãe poderá olhar para o bebê sem descartar as construções e antecipações simbólicas que vinha realizando em direção a essa criança desejada. Um dos aspectos centrais para pensar a disponibilidade subjetiva em suportar essa perda são as construções narcísicas que a mãe poderá realizar frente à quebra dos ideais antes projetados.

2.1 Do narcisismo materno ao narcisismo do bebê: questões a partir de Freud

A pergunta que surge ao lançarmos o olhar à clínica com bebês com deficiência, no que se refere ao lugar do narcisismo materno para a constituição do narcisismo primário no bebê, diz respeito a como o encontro com o Real – o qual comparece através da marca, resultante da deficiência, que a criança porta em seu corpo – irá causar ruído sobre a relação ainda em construção entre a mãe e seu recém-nascido. Sabemos desde Freud que o tenro olhar dos pais que recai sobre seu bebê deve ser compreendido desde sua relação com o próprio narcisismo parental já abandonado. Ele nos diz que “os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições (...) e a ocultar e esquecer todos os defeitos” (Freud, 1914/2010c, p.36).

Da mesma forma, é possível compreender que em qualquer nascimento há um resto com o qual os pais irão se deparar, algo que escapa da imagem de perfeição inicialmente atribuída ao seu bebê, até então figura imaginarizada, pois não existe bebê no mundo que poderá responder sem furos ao ideal parental que antecede seu nascimento e, portanto, todo nascimento implicará um luto a ser realizado – ou, nas palavras de Mannoni (1964/1999, p. XVI), “qualquer que seja a mãe, o nascimento de uma criança nunca corresponde exatamente ao que ela espera”. Seja na forma do parto normal que não pôde acontecer, da recusa ao seio materno, da perda de peso, das noites mal dormidas ou da retenção das fezes, haverá algo que, ainda que minimamente, não corresponderá às expectativas dos pais – e assim deve sê-lo, em certa medida, para que aos poucos o bebê possa ir escavando seu lugar como sujeito.

Mas ao falar da clínica das deficiências, até que ponto será possível aos pais recobrirem esse Real que atropela, que colide com os ideais atribuídos desde muito cedo ao bebê, para poderem enxergar além dele? Supõe-se aqui que a capacidade de olhar para além da marca da deficiência estará diretamente ligada às elaborações narcísicas que serão possíveis a esses pais realizarem em seus próprios psiquismos, e com o que eles poderão fazer com isso que comparece de seu narcisismo, nesse momento recolocado sobre o bebê.

Ao compreendermos que a mãe empresta seu narcisismo ao bebê no momento de seu nascimento e encontra-se junto ao bebê nessa indiferenciação somatopsíquica, é possível evocar algumas questões que apontam para a atualização do narcisismo materno no momento gestacional e puerperal. A fim de evocar essa questão, trago aqui um testemunho compartilhado por Laznik (1999), de uma mulher que se encontrava em análise durante a gestação, período em que o relato foi produzido, e que diz justamente do horror que o encontro com um possível diagnóstico orgânico, ainda não confirmado, causou para ela:

Eu abrigo um ser monstruoso e disforme, eu sou defeituosa. Barriga indecente.

Sentimento de vergonha, em seguida a um orgulho tão grande. Cada movimento de meu

bebê me parece anormal: Ele faz bolhas com sua boca, tem movimentos anárquicos de braços e pernas. Ele se tornou o trissômico e eu o nomeio assim cada vez que penso nele, ou seja, quase o tempo todo. A partir do momento onde apenas uma dúvida se instaurou, eu iniciei instantaneamente meu luto como se fosse uma coisa certa, sem poder refletir. A imagem do lindo menininho, seu rosto, se transformou na figura do mongólico horroroso. Vontade de chorar a cada vez que penso nele, ou a cada vez que perguntam a seu respeito. Antes eu olhava seu perfil na ultrassonografia todos os dias com emoção e ternura. Depois, como seu nariz foi considerado muito curto, eu nunca mais olhei essa imagem (Laznik, 1999, p. 134).

É possível perceber que os sentimentos evocados para essa mãe estão intrinsicamente implicados com sua própria percepção de si, quando contrapõe “um ser monstruoso” com o perceber-se como “defeituosa”, ou ao ver sua barriga como “indecente”. Esse testemunho ilustra essa indiferenciação entre o bebê e sua mãe, ao mesmo tempo que possibilita pensar que o “lindo menininho” que alimentava o sentimento de ternura em sua mãe é capaz, também, de produzir tais sentimentos de vergonha e rechaço, o que retorna novamente para o próprio corpo materno, na vergonha de si. A ideia de gestar um ser “monstruoso” faz com que a mãe se depare com sua própria incapacidade, olhando para si mesma como um ser insuficiente e desqualificado. Se os pais atribuem aos filhos todas as perfeições, deparar-se com o defeito de um filho pode ser compreendido como um encontro que fragiliza o próprio narcisismo materno.

Na indiferenciação somatopsíquica, momento primordial em que o corpo materno faz um com o corpo do bebê, o narcisismo materno opera papel fundante ao sujeito, uma vez que ela, a mãe, o empresta ao seu filho para que algo possa nele ser suposto. Freud nos diz que no tempo primitivo do nascimento do bebê, este não pode ser ainda entendido como uma unidade, ainda não existe uma unidade do Eu, pois este terá de ser constituído. No entanto, há algo muito primordial que está presente desde o nascimento do bebê, a que Freud denominou de pulsões

autoeróticas (Freud, 1914/2010c). Freud as relaciona em um primeiro momento com as funções vitais de autoconservação, o que mostra a proximidade que as pulsões sexuais terão nesse momento inicial com a figura nutriz, entendendo que as pulsões sexuais dependerão inicialmente da necessidade da satisfação das pulsões do Eu para só mais tarde tornarem-se independentes. Desse modo, Freud aponta que as pessoas encarregadas dos primeiros cuidados do bebê tornam-se também seus primeiros objetos sexuais.

Lacan (1954/2009) vai lançar aí uma questão que é central no texto freudiano sobre o narcisismo: se esse é um artigo que busca essencialmente estabelecer uma diferenciação entre a libido do Eu da libido de objeto (a que Lacan chama de libido egoísta e libido sexual), ao mesmo tempo fica constante no artigo de Freud a equivalência energética entre os dois termos. Para que haja o investimento dos objetos, é necessário que se desloque o investimento libidinal do Eu – a que o autor se refere como um investimento que é cedido aos objetos (Freud, 1914/2010c). Lacan entende que a partir daí se estabelece um problema que leva Freud a compreender o narcisismo como um processo secundário, relacionado ao ponto em que é colocado que algo deverá se acrescentar ao autoerotismo para a formação do narcisismo no bebê. Entretanto, Freud não deixa claro que operação psíquica será necessária aí, e Lacan propõe, a partir da teoria de Freud, uma vinculação entre a relação imaginária que se estabelece a partir do olhar do outro e a formação do narcisismo. Retornaremos a isso mais tarde, no capítulo 3.

Freud prossegue em suas formulações acerca da diferenciação entre libido do Eu e libido de objeto, trazendo a questão da influência de uma enfermidade orgânica para a distribuição da libido. O autor compreende que a experiência de dor orgânica faz com que o doente abandone seu interesse com relação ao mundo externo, fazendo a retirada de investimento libidinal dos objetos e tendo seu retorno de volta ao Eu (Freud, 1914/2010c). Nesse ponto, interrogo se seria possível pensar essa questão da retirada do investimento libidinal dos objetos no bebê cujo

corpo sofre um excesso de intervenções – cirurgias, exames, colocação de sondas, perfuração por agulhas etc. Para além disso, a enfermidade no corpo do bebê traz outra questão importante. Se o bebê não possui uma unidade do Eu ainda constituída, se seu corpo ainda não é unificado, podemos entender que a experiência da dor orgânica é para ele ainda mais significativa, incitando intensa experiência de desintegração de seu corpo.

Em exemplo de caso trazido por Rosine Lefort no Seminário 1 de Lacan, o menino quando bebê sofre uma cirurgia sem anestesia, sendo mantido à força durante tal operação dolorosa. Percebe-se, aí, a experiência desse bebê com um meio que o ataca, sendo compreendido por sua analista que as fantasias de destruição dessa criança foram sempre se tornando realidade (Lacan, 1953/2009):

Soube-se então que no serviço de ORL em que ele fora operado, não havia sido anestesiado, e que durante essa operação dolorosa, se mantinha à força na sua boca uma mamadeira açucarada. Esse episódio traumático esclareceu a imagem que Roberto tinha construído de uma mãe esfomeadora, paranoica, perigosa, que certamente o atacava. Depois a separação, uma mamadeira mantida à força, fazendo-o engolir seus gritos. As alimentações por sonda, vinte e cinco mudanças sucessivas. Tive a impressão de que o drama de Roberto era que todas as suas fantasias orais-sádicas tinham-se realizado nas suas condições de existência. Suas fantasias tinham-se tornado realidade (Lacan, 1953/2009, p. 137 – relato de caso feito por Rosine Lerfot em aula de 10 de março de 1954).

Não será necessária uma cirurgia feita à força e sem anestesia para que um bebê vivencie experiências intrusivas e desintegradoras. O excesso de intervenções mencionado aqui pode ser compreendido como extremamente invasivo para este corpo ainda frágil e não unificado do bebê, colocando em perigo a relação de segurança com seu entorno, que nesse momento é sua mãe. Cabe pensar quais serão os efeitos, para a criança, desse investimento que retorna

insistentemente ao Eu frente ao padecimento no corpo, como aponta Freud. É possível considerar que esse retorno da libido e o abandono do interesse pelos objetos do mundo externo decorra em potenciais obstáculos para o bebê, em um momento em que a exploração de seu entorno tem papel fundamental para as posteriores relações que se construirão para ele.

Entende-se que, assim, em um momento constitutivo tão importante quanto o da formação do narcisismo primário no bebê, na ocasião de um diagnóstico orgânico poderão se estabelecer entraves para a subjetivação deste tanto no que diz respeito a como o bebê percebe seus estímulos internos como também a como ele vivencia a relação com seu entorno, considerando-se aí também as possibilidades desse entorno, de seu cuidador primordial poder investir libidinalmente sobre ele. Desse modo, para que a subjetividade do bebê se instaure, será necessário que seus cuidadores primordiais lhe tomem como objeto de seu desejo, dando suporte à instauração do sujeito sustentado a partir de seu próprio narcisismo.

Com relação à deficiência, Fédida (1984, p. 144) salienta que a “toda desfiguração, toda mutilação corporal, toda alteração física do outro parece colocar em movimento as próprias bases de nossa existência”, dizendo com isso que o bebê com deficiência se apresenta ao outro como um espelho perturbador, devolvendo a nós a imagem fragmentada de corpo de nossa própria experiência. Assim, o cuidador estabelecerá rígidas defesas frente ao sentimento que para ele é provocado pelas “pulsões violentamente destruidoras despertadas pela imagem da deficiência, especialmente pela imagem da deficiência corporal” (Fédida, 1984, p. 144). O autor insiste na necessidade de reconhecermos que a imagem deficiente suscita no outro sentimentos de ódio e de raiva. Por sua vez, Mannoni (1964/1999) entende que o nascimento de uma criança doente coloca em cena a impossibilidade de a mãe realizar com seu bebê qualquer projeção humana, e assim o explica:

[...] a enfermidade de um filho atinge a mãe num plano narcísico: dá-se uma perda brusca de toda referência de identificação, o que implica, como corolário, a

possibilidade de comportamentos impulsivos. Trata-se de um pânico diante de uma imagem de si que já não se pode nem reconhecer nem amar (Mannoni, 1964/1999, p. 2).

Ambos os autores parecem apontar para a perturbação que a imagem daquele com deficiência irá provocar no outro, especialmente na mãe – o que irá tocá-la em seu próprio narcisismo. Do mesmo modo, pode-se supor que o sofrimento que essa perda implica à mãe poderá produzir efeitos sobre a constituição do próprio narcisismo na criança. Ainda, para Mannoni (1964/1999, p. 5), o nascimento de um filho vem ocupar para a mãe o lugar de preencher o vazio de seu próprio passado, de reparar o que em sua história ficara deficiente, enquanto “a irrupção de uma imagem de corpo enfermo [do filho] lhe produz um choque”, ou seja, implica para ela uma perda grave:

[...] no momento em que, no plano fantasmático, o vazio era preenchido por um filho imaginário, eis que aparece o ser real que, pela sua enfermidade, vai não só renovar os traumatismos e as insatisfações anteriores, como também impedir posteriormente, no plano simbólico, a resolução para a mãe do seu próprio problema de castração (Mannoni, 1964/1999, p. 5).

É nesse ponto em que Mannoni retoma a leitura freudiana que aponta para uma das formas de compensação feminina frente à castração, na qual a mulher vai buscar, através de uma equação simbólica (nesse caso, gerando um filho), a equivalência entre pênis e bebê (Freud, 1924/2011a). Na leitura freudiana, a maternidade é, assim, uma forma de resolução do problema da castração na mulher. Essa perda dirá sobre a confirmação da impotência da mulher frente a seu próprio corpo incapaz, insuficiente, inapto a gerar um filho saudável. A partir disso, entende-se que a frustração frente à resolução da castração materna através da concepção de um filho será um dos pontos soltos a serem escutados no trabalho com crianças com deficiência,

fazendo com que seja interrogado e novamente tecido o lugar que essa criança poderá ocupar para a mãe, observando-se a renovação de seus traumatismos.

2.2 Relações primitivas intrauterinas

Poder pensar o tempo gestacional como tempo da constituição subjetiva do bebê é algo que já está presente em diferentes pesquisas e estudos sobre o nascimento. Freud (1926/2014, p. 80) já sinalizava, em *Inibição, sintoma e angústia*, que “Há bem mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que nos faz crer a notável ruptura do ato do nascimento. O objeto psíquico materno substitui, para a criança, a situação biológica do feto”. Esta é desde já uma afirmativa que situa a posição que a mãe irá ocupar para o bebê recém-nascido e estabelece, também, a indissociabilidade entre o período gestacional e a constituição subjetiva do bebê para que possamos entender os processos psíquicos nesse tempo tão precoce da vida humana. Podemos compreender que o momento da gestação é também muito significativo para os processos psíquicos maternos, em que são favorecidas as construções simbólicas e imaginárias para a mãe.

Mas o que nos indica Freud com a afirmação de que o objeto psíquico materno substitui, para a criança, a situação biológica do feto? Coelho Jr (2001) aponta de forma cautelosa para as diferentes acepções de objeto na teoria freudiana, indicando que, ao longo de sua obra, este conceito é aplicado de diferentes formas. No entanto, destaca que o objeto psíquico está fundamentalmente ligado ao conceito de representações (*Vorstellungen*). Considera-se aqui, juntamente com o autor, o objeto psíquico como aquele associado às representações. Nesse caso, podemos entender que serão as representações psíquicas maternas que constituirão esse primeiro espaço que o bebê ocupará fora do útero – um espaço psíquico. Será esse suporte do

psiquismo materno, essa recriação da situação biológica vivida pelo bebê intraútero que possibilitará também a sustentação do bebê enquanto sujeito.

Nesse contexto do nascimento, o bebê carece do ambiente continente do útero materno e buscará reproduzir essa experiência de outra forma, estabelecendo com a mãe tal relação que o mantenha na segurança anterior à ruptura do nascimento – momento a que Freud se refere como de indiferenciação somatopsíquica, entendendo que mãe e filho fazem um: um corpo, um psiquismo. Aragão assinala que tais representações psíquicas maternas não estão dadas, e seu estabelecimento se dá justamente no momento da gestação. Podemos entender assim a fundamental importância que esse período exerce para o futuro do bebê, sendo o “tempo de elaboração necessária para que essa construção [das representações do bebê no psiquismo materno] se efetive” (Aragão, 2007, p. 36). A construção das representações psíquicas maternas será necessária para que essa experiência intraútero seja reproduzida após o nascimento, estabelecendo a indiferenciação entre a mãe e seu bebê.

Rothstein (2013) aponta o período gestacional como de estado regressivo materno, em que a mãe se encontra entre muitas transformações psicológicas e em uma condição de afrouxamento da repressão psíquica. A autora se utiliza do conceito de transparência psíquica, cunhado por Monique Bydlovski, para falar dessa condição psíquica particular da gestante “na qual fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência, graças ao afrouxamento da repressão psíquica” (Rothstein, 2013, p. 116). Na clínica, é possível observar, como apontam Azevedo e Moreira (2012), que as pacientes gestantes parecem ter mais acessíveis seus conteúdos oníricos e inconscientes. Isso é o que poderíamos chamar de afrouxamento da repressão psíquica, uma vez que os diques que usualmente mantêm tais conteúdos num difícil acesso em nosso psiquismo parecem estar menos enrijecidos.

As diferentes vivências experimentadas pela gestante oscilam, segundo Rothstein (2013), entre um “estado de graça” e momentos de medo e angústia. Ainda que essas angústias

possam vir acompanhadas de fantasias de invasão e desintegração, a autora sinaliza que “se, por um lado, a atualização das vivências mais arcaicas pode gerar angústias, por outro, essa atualização é, também, o que permite à mãe identificar-se com seu bebê” (Rothstein, 2013, p. 116). Nesse sentido, é fundamental compreendermos que ainda que o afrouxamento psíquico coloque a mãe em estado de vulnerabilidade subjetiva frente às transformações provocadas pela gestação, evocando suas próprias fantasias infantis, é esse estado o que possibilitará que o bebê, ancorado inicialmente no psiquismo materno, vá podendo construir seu próprio psiquismo.

Na esteira dessa compreensão, Aragão (2007) indica que as construções e interpretações maternas acerca do nascimento de seu bebê têm como base sua própria história infantil. Da mesma forma, outras autoras, como Azevedo e Moreira, corroboram com esse entendimento, ao dizer que as expectativas colocadas pela mãe sobre o futuro bebê têm origem em seu próprio mundo interno, em suas relações anteriores e em suas necessidades conscientes e inconscientes no que diz respeito à gestação de um filho (Azevedo & Moreira, 2012). Ou seja, a construção das fantasias maternas em torno da gestação diz respeito às suas experiências anteriores na relação com os outros e à articulação de seu próprio desejo, medos e anseios. A vulnerabilidade materna a coloca em posição de reedição de suas experiências mais arcaicas. Com isso, podemos dizer que o encontro com seu bebê é o encontro da mãe com seu próprio narcisismo, ou seja, com suas experiências primitivas como sujeito.

Atualmente, o tempo da gestação está diretamente envolvido pelas tecnologias de monitoramento cada vez mais modernas. O desenvolvimento da ultrassonografia se deu ainda na primeira metade do século XX, porém seu uso começou a ser feito na segunda metade do século, sendo o marco do início de sua utilização no Brasil os anos 1970. A inovação que o ultrassom trouxe foi dar acesso direto ao feto, possibilitando inclusive a descoberta da existência de comportamento do feto no meio intrauterino. Tais tecnologias foram produzindo evoluções na compreensão do período gestacional, sendo possível realizar suposições não

apenas sobre o comportamento, mas também sobre o psiquismo do bebê. Desse modo, modifica-se inclusive a dinâmica de relação da mãe com seu filho, tornando possível um encontro antes mesmo de seu nascimento.

Azevedo e Moreira (2012) sugerem que essas suposições sobre o bebê produzem suas primeiras relações com o ambiente ainda na gestação. É através das expectativas, crenças e suposições parentais sobre o feto e as interações estabelecidas com ele que o sujeito começa a se constituir desde o útero materno. Para as autoras, a grande mudança trazida pela invenção da ultrassonografia reside no olhar atribuído ao feto. Se antes se acreditava que o feto habitava um ambiente isolado, protegido e inerte, o ultrassom possibilita compreender que há muita atividade intrauterina e que o feto já se encontra em contato com o ambiente externo. A ultrassonografia não inaugura as suposições e expectativas parentais durante a gestação, pois sem dúvidas estas já existiam antes do ultrassom; no entanto, podemos compreender que a transparência corporal produzida com esse exame de imagem intensifica a relação e as construções parentais referentes ao feto ainda no período gestacional, antecipando de certa forma o encontro com o bebê real. Desse modo, “com os dados concretos que o exame disponibiliza, a mãe pode ainda na gestação confrontar o bebê imaginário com o bebê real e é como se o encontro com o bebê fosse antecipado” (Azevedo & Moreira, 2012, p. 66).

Essa antecipação fica bastante clara ao escutarmos as construções que gestantes podem fazer desse momento, em especial nas consultas e exames pré-natais que vão sendo realizados. A imagem produzida pelo exame e a observação visual dos comportamentos do bebê ainda na barriga vão se somando às angústias e preocupações maternas, fazendo com que a mãe crie suas hipóteses e suposições sobre aquele bebê. Uma paciente minha, que se encontrava grávida pela segunda vez, anos após o nascimento de um bebê que veio a falecer por complicações de saúde poucos dias depois do parto, fora realizar o exame morfológico do primeiro semestre de sua segunda gestação, com muita expectativa sobre as boas condições de saúde de sua bebê. Ao

realizar o exame, ficou muito angustiada pois “ela não queria mostrar o rostinho, ficava se escondendo e não deixava o médico medir o tamanho do nariz”, fazendo com que a mãe tivesse de esperar algum tempo para voltar a fazer o exame. Após conseguir realizar o exame e receber o anúncio de que estava tudo bem, essa mãe conseguiu atribuir um significado para a cena, dizendo que a filha “é tihosa demais, já está querendo me deixar preocupada na barriga!”, parecendo falar dessa preocupação que diz de sua história e antecede qualquer questão que a menina pudesse apresentar. Essa cena nos ilustra como o feto se comunica através de seus movimentos, e como será tarefa da mãe ao nomear e interpretar esses movimentos a partir de suas projeções, fantasias, e de seu repertório simbólico.

Azevedo e Moreira (2012) constroem a compreensão de que o que se passa a partir desses exames é uma antecipação do encontro com o bebê real, fazendo com que a mãe ainda na gestação possa se deparar com essa confrontação entre o bebê imaginário e o bebê real. As autoras entendem, junto com outros autores, que a rapidez desse encontro antecipado que a ultrassonografia ocasiona pode provocar uma intensa sobrecarga emocional na mãe, fazendo com que conteúdos inconscientes emergjam, podendo ter um impacto significativo, a depender de como cada mulher poderá manejar suas expectativas e frustrações incitadas por esse encontro. Tal confrontação entre o bebê imaginário e o bebê real mencionada pelas autoras é ainda mais perceptível quando pensarmos nesse avanço da medicina em termos dos diagnósticos por imagem durante a gestação. Nesse sentido, se, por um lado, podemos pensar nos ganhos com os avanços no acompanhamento pré-natal, por outro podemos pensar nos efeitos que esses exames podem ter sobre o psiquismo materno, mesmo quando não há nenhum resquício de problemas orgânicos observados.

Nessa perspectiva, Rothstein (2013) entende que o surgimento da ecografia introduz a “cultura do risco”, marcada pela necessidade de controle característica da medicina ocidental e da cultura contemporânea. Assim, a ultrassonografia exerceria uma posição privilegiada que

responderia não apenas a estas demandas de controle, mas também atenderia a uma demanda contemporânea de consumo de imagens – fazendo com que a autora interrogue quais seriam os efeitos desse exame para a representação de bebê e de mãe para a gestante (Rothstein, 2013). Pontuamos aqui que, para além do risco, o exame de ultrassonografia (aliado a outras tecnologias de diagnóstico gestacional) acaba sendo o mensageiro que porta o que para a grande parte dos pais é uma má notícia. O diagnóstico por imagem e a possibilidade de identificar deficiências congênitas antes mesmo do nascimento coloca em cena, para a gestante, o encontro com o bebê real e a necessidade de dar conta, em seu psiquismo já fragilizado, desse desvio de percurso. Davoudian (2013) indica que o prenúncio de anomalias fetais ao longo da gestação faz com que se mobilize na mãe o ódio inconsciente ao feto, destacando a ferida narcísica materna frente à anomalia de seu filho. Desse modo, a autora oferece um olhar ao período pré-natal não apenas no que diz respeito à potencialidade de inscrições simbólicas significativas ao bebê, mas também para a porção de risco presente nesse tempo em relação ao laço que se estabelece entre a mãe e seu bebê (Davoudian, 2013).

Rothstein, ainda sobre o tema do avanço trazido pelos exames de imagem ao acompanhamento gestacional, direciona sua atenção à dimensão subjetiva daqueles que fazem parte da cena do exame. Aponta que o exame poderá ser muitas vezes um facilitador do estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, tendo em vista o quão valioso é o tempo da gestação, segundo a autora, podendo apoiar-se em algumas intervenções que caminhem no sentido de facilitar a simbolização da experiência de maternidade e paternidade, “favorecendo a nidação psíquica do bebê em seus pais” (Rothstein, 2013, p. 115). A autora aponta que o bebê irá se fixar subjetivamente, ao menos no momento inicial de sua vida psíquica, na subjetividade de seus próprios pais. É por isso que os exames obstétricos terão um papel central nessa relação, se supusermos os efeitos possíveis de significação para os pais com relação à chegada desse bebê e de seus próprios lugares, ou seja, na construção de sua parentalidade.

Nesse sentido, é necessário tomar o momento gestacional em sua importância tanto para a vida futura do bebê quanto para sua mãe. Da mesma forma, as tecnologias que acompanham esse tempo podem ser propiciadoras do estabelecimento dessas relações ou podem também construir percalços para essas construções. Cohen e seus colaboradores apontam como uma das conclusões de sua pesquisa sobre o acompanhamento de imagem pré-natal em gestações com suspeita de malformações fetais, que, tendo em vista que a gestação é um processo complexo e ao mesmo tempo muito importante para a construção das representações maternas sobre o bebê, “um acontecimento como uma suspeita sobre a integridade física e mental do seu futuro filho, torna-se uma pedra no caminho desta mecânica em movimento” (Cohen et al, 2011, p. 42). Os autores indicam assim que, ainda que não haja a confirmação do diagnóstico, a mera suspeita poderá provocar uma perturbação da dinâmica psíquica entre a mãe e seu bebê, ocasionando por vezes importantes transtornos nessa interação. Compreende-se assim a importância de que os acompanhamentos gestacionais possam contar com uma escuta atenta que viabilize que essas fantasias sejam acolhidas e trabalhadas junto à mãe.

Ao mesmo tempo, podemos inferir que, independentemente de uma suspeita de malformação ao longo da gravidez, será uma tarefa da gestante poder viver as fantasias em torno da gestação, bem como a ambivalência de sentimentos que aí se produzem, sem que caia em um estado de angústia que a paralise. Nesse sentido, Davoudian (2013, p. 154) entende que “o trabalho psíquico da gravidez consiste então na elaboração dessa ambivalência [amor/ódio], ao arranjo das pulsões destrutivas e à renúncia à criança imaginária para ceder lugar à criança real”. Será um trabalho psíquico necessário, sem o qual poderão estar dificultados o encontro com o bebê real e a renúncia ao bebê idealizado.

É a partir desse trabalho psíquico realizado na gestação que poderá ir se construindo um lugar no imaginário materno o qual o bebê poderá vir a ocupar. Nessa perspectiva, Rothstein aponta que a partir da transformação do imaginário materno em um espaço psíquico para o

bebê, a partir do qual a mãe “pode então adotar o bebê e integrar os diferentes bebês que habitam seu psiquismo” (Rothstein, 2013, p. 117). Nesse ponto, a autora indica que, antes de ser um bebê, no imaginário materno esse bebê é fragmentado, composto de diferentes partes, aspectos, fantasias, representações que vão o constituir se for possível a essa mãe construir tal espaço psíquico. Ao mesmo tempo, a autora entende que todo bebê precisa ser adotado, no sentido de que todo bebê é um estranho que precisa ser recebido e acolhido pela mãe em seu psiquismo, transformando-se em seu bebê:

O processo de integração dos diferentes bebês representados – processo de simbolização e de subjetivação – vai criando lugar no psiquismo da mãe e do pai para o bebê que vai nascer, bem como para eles enquanto pais (Rothstein, 2013, p. 117).

Aragão (2007, p. 37) concorda com essa compreensão, sustentando que esse processo de construção de um espaço psíquico para o bebê na mãe será “essencial para seu advir como sujeito” e terá relação com o próprio narcisismo materno frente aos percalços encontrados ao longo da gestação. Assim, a criação de um lugar no psiquismo materno não será apenas para que o bebê possa existir, mas também para que aconteça a construção da mãe em seu próprio psiquismo, podendo exercer suas funções. Ao mesmo tempo, será o trabalho psíquico de integração das fantasias e representações que possibilitam o encontro com o bebê real, bebê do nascimento.

2.3 A pulsão escópica como constituinte do sujeito na relação com o Outro

O conceito de pulsão é considerado fundamental para a psicanálise, aparecendo em diferentes elaborações ao longo da teoria de Freud. São inúmeros os textos em que este conceito se fez presente, e não caberá aqui abordar cada um deles, pois não seria possível dar conta desta ampla e complexa teorização. O que interessa a este escrito será principalmente que se possa

pensar a função do olhar para a constituição do sujeito, e analisar as implicações que perturbações no âmbito da pulsão do olhar terão para o estabelecimento do circuito pulsional para o bebê. Assim, parte-se da teoria pulsional de Freud, podendo-se agregar as contribuições lacanianas para se considerar o lugar da pulsão de olhar, ou pulsão escópica, em sua função constituinte para o sujeito a partir da relação com o Outro.

Em *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*², Freud aponta para uma demarcação da diferença entre processos mentais conscientes e inconscientes (Freud, 1910/1988). Ao estabelecer a função do órgão relacionada a uma dupla finalidade pulsional – das pulsões ligadas ao amor e à fome, ou seja, as pulsões sexuais e as de autoconservação, nesse momento de sua teoria – Freud se refere ao olho em sua função de órgão (de visão) e em sua função sexual, enquanto prazer sexual de olhar (escopofilia). Aqui, faz-se útil tomar essa teoria para pensar como essa relação do olhar enquanto pulsão irá operar sobre o corpo do bebê inscrições simbólicas imprescindíveis para sua constituição. Os processos inconscientes dizem respeito a como o olhar irá operar sobre o corpo do bebê, sendo necessário que se conceba o olhar de outra forma, que não relacionado à função do órgão.

Acompanhando o pensamento de Freud, Laznik (1999) resume a distinção entre a visão e o olhar, associando-o à noção de presença, contraposto à visão enquanto associada ao órgão por ela responsável (o olho). Parece retomar nesse ponto a afirmação de Lacan de que “o olhar de que se trata é mesmo presença de outrem enquanto tal” (Lacan, 2008 [1964], p. 87). Assim, para Laznik (1999), o olhar poderia se manifestar através não apenas do olho enquanto signo do investimento libidinal, mas dessa experiência de presença, proporcionada até mesmo por uma voz. Nesse ponto, a autora marca com clareza que, por outro lado, a ausência “supõe uma

² Nesta dissertação, faço uso da versão em espanhol da obra, intitulada *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis*.

presença original que só adquire sentido por estar relacionada ao ser olhado”, argumentando que o eu e o corpo são assim produzidos pelo olhar (Laznik, 1999, p. 133).

Em *As pulsões e seus destinos*, Freud estabelece algumas questões importantes para pensarmos a centralidade da pulsão na estruturação subjetiva. Ao demarcar que o estímulo pulsional diz respeito a um estímulo endógeno, que vem do interior do próprio organismo, ele também sinaliza que as necessidades pulsionais vão aos poucos demarcando para o bebê a existência de um dentro e um fora, justamente pela percepção de um mundo interior de onde esses estímulos advêm (Freud, 1915/2017). Ao mesmo tempo, Freud irá definir que tais estímulos internos, pulsionais, colocarão exigências muito elevadas ao sistema nervoso do bebê: “são as pulsões, e não os estímulos externos, os verdadeiros motores dos progressos que conduziram o sistema nervoso, com sua infindável capacidade de realização, ao seu tão elevado patamar atual de desenvolvimento” (Freud, 1915/2017, p. 23).

Com isso, Freud situa a primazia das pulsões e, portanto, desse mundo interno para as construções do bebê. Afirma, assim, que as aquisições que dizem respeito ao próprio neurodesenvolvimento do bebê estarão intimamente relacionadas às construções pulsionais, internas, que acontecerão para a pequena criança, uma vez que as pulsões exigirão também de seu corpo, para além de seu psiquismo. Será justamente nesse ponto que o conceito de pulsão irá surgir:

[...] como um conceito fronteiro entre o anímico e o somático, como representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal (Freud, 1915/2017, p. 23-25).

É nesse contexto e nesse momento de sua teoria que Freud define aquilo que irá chamar de pulsões primordiais, sendo duas: as pulsões do Eu ou de autopreservação e as pulsões sexuais. Este seria o primeiro dualismo pulsional demarcado na teoria freudiana. O segundo

dualismo pulsional seria colocado cinco anos mais tarde quando Freud reformula sua primeira teoria das pulsões, introduzindo os conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte (Freud, 1920/2020). Observa-se, ainda, que Freud não descarta em sua segunda teoria pulsional aquilo que havia proposto na primeira, fazendo no trabalho *Além do princípio do prazer* um agrupamento das pulsões sexuais e de autoconservação dentro daquilo que concebe de forma mais geral como as pulsões de vida, estando essas em contraposição à pulsão de morte (Jorge, 2005).

Mais à frente, em seu texto *As pulsões e seus destinos*, ao utilizar-se do par de opostos voyeurismo-exibicionismo, Freud (1915/2017) vai tratar da pulsão de olhar e das fases dessa pulsão assinalando que no caso da pulsão de olhar haveria uma fase anterior ao momento de atividade dirigida ao objeto alheio, apontando a pulsão de olhar como autoerótica nesse momento inicial. Com isso, o autor indica que olhar e ser olhado caminham juntos, e que para que uma meta ativa dirigida ao objeto seja possível, o bebê precisará que o olhar recaia antes sobre o seu próprio corpo: “ainda que tendo um objeto, ela [a pulsão de olhar] o encontra no próprio corpo. Só mais tarde ela é conduzida (pela via da comparação) a trocar esse objeto por um que seja análogo no corpo alheio” (Freud, 1915/2017, p. 41).

Só aí a pulsão de olhar atingirá sua fase propriamente ativa, à qual Freud se refere como atividade voltada a um objeto alheio. O autor afirma que, na pulsão de olhar, todas as suas fases coexistem lado a lado, desde sua fase preliminar autoerótica até sua configuração final em se mostrar e fazer-se olhar pelo outro, se nos voltarmos à questão de seu mecanismo de satisfação. Além disso, Freud demarcará uma importante questão no que diz respeito ao estudo das pulsões no tempo da primeira infância, de que no momento do narcisismo todas as pulsões sexuais se satisfazem de maneira autoerótica, ou seja, encontram em seu objeto uma parte do corpo próprio. Será com o abandono gradual do narcisismo que uma meta ativa da pulsão de olhar se estabelecerá:

Temos que dizer, quanto à fase preliminar da pulsão de olhar, na qual o prazer de olhar tem o próprio corpo como objeto, que ela pertence ao narcisismo, seria uma formação narcísica. Dessa fase se desenvolveria a pulsão ativa de olhar, à medida que se abandona o narcisismo, ainda que a pulsão passiva de olhar conserve o objeto narcísico (Freud, 1915/2017, p. 45-47).

Neste texto, Freud vai demonstrando que a pulsão de olhar está diretamente relacionada ao narcisismo e ao estabelecimento do corpo para o sujeito, o que abrirá caminho para Lacan conceituar, a partir daí, o estágio do espelho como uma operação formadora do Eu. A pulsão de olhar permite também pensarmos a característica circular do circuito da pulsão, tendo em vista o trajeto que esta faz retornando ao final ao corpo próprio que se faz ser olhado.

Jorge (2005) compreende a centralidade da pulsão escópica para a teoria das pulsões, entendendo-a como a matriz do modelo pulsional do funcionamento sexual, sugerindo assim que a pulsão seria em essência a pulsão escópica. O autor aponta que por tal função precípua da visão, como ela se delineia na teoria psicanalítica, a pulsão escópica estará relacionada diretamente com duas grandes conceituações – a teoria do narcisismo, com Freud, e o estágio do espelho, com Lacan. O autor também indica que ao adentrarmos as construções que Lacan realiza em torno do conceito de pulsão, devemos concebê-la como um efeito da demanda do Outro que repercutirá sobre o sujeito ainda nem constituído como tal (Jorge, 2005).

Em seu seminário de 1964, Lacan aponta que a falta, a falha, diz respeito à tiquê – ou seja, ao encontro, encontro com o Real. Lacan aqui irá se referir ao olho como uma metáfora de algo que é anterior a ele e a que chamará de “*empuxo* daquele que vê” (Lacan, 1964/2008, p. 75). Ele estabelecerá, também, que existe uma relação de dependência que se cria “do visível em relação àquilo que nos põe sob o olho do que vê” (Lacan, 1964/2008, p. 75). Assim, afirmará o pressuposto da preexistência de um olhar, que parece pôr em jogo aquilo que Freud já referira sobre a pulsão de olhar, ao dizer que o olhar e o ser olhado coexistem: “eu só vejo de um ponto,

mas em minha existência sou olhado de toda parte” (Lacan, 1964/2008, p. 76). Lacan caminhará traçando essa divisão entre visão e olhar, isso a que ele se refere chamando de esquizo entre o olho e o olhar:

O olhar só se apresenta na forma de uma estranha contingência, simbólica do que encontramos no horizonte e como ponto de chegada de nossa experiência, isto é, a falta constitutiva da angústia de castração. O olho e o olhar, esta é para nós a esquizo na qual se manifesta a pulsão ao nível do campo escópico (Lacan, 1964/2008, p. 76).

Nesse percurso, chegará então àquilo que nomeia como *ponto tíquico da função escópica*, referindo que este se encontra a nível daquilo que chamará de *mancha*: “a função da mancha e do olhar é ali ao mesmo tempo o que o comanda mais secretamente e o que escapa sempre à apreensão dessa forma da visão que satisfaz consigo mesma imaginando-se como consciência” (Lacan, 1964/2008, p. 78).

A mancha vai se delineando para Lacan, então, como um dado a ver que preexiste ao visto. Ao mesmo tempo que mostra, a mancha também esconde. Mais à frente em seu seminário, Lacan aborda então a mancha como um anteparo entre o olhar e o sujeito, ou seja, algo que possibilita mascarar, proteger o sujeito, em parte, do acesso desse olhar. Irá aos poucos demarcando a relação desse anteparo com a função de camuflagem, tapeação demonstrando que, afinal, a dialética do olho e do olhar se trata de produzir um equívoco que permitirá enganar o olho, fazer triunfar o olhar sobre o olho (Lacan, 1964/2008).

Lacan vai dizer, ao final da aula de 19 de fevereiro de 1964, que a pulsão escópica é aquela que melhor esconde a castração. Mas como isso irá se manter verdadeiro quando adentrarmos o campo das deficiências? Sabemos até aqui, trabalhando na esteira de Lacan, que o que está posto nesse jogo pulsional do olhar não se trata do visto, da visão; ainda assim, entende-se que, para um bebê com deficiência, o anteparo que se coloca entre o olhar e o sujeito poderá não estar presente, ou não ser suficiente. É o encontro com o real da deficiência, o qual

trataremos mais adiante, que coloca em xeque as possibilidades simbólicas advindas do olhar. E, nesse ponto, interessa pensar com Lacan o conceito de nadificação que ele aponta neste mesmo seminário.

Lacan utiliza a noção de nadificação para se referir ao resultado da relação especular quando há uma redução do sujeito, e que seria justamente o oposto daquilo que está colocado com relação ao olhar, uma vez que o olhar se trata de uma presença do outro, sustentando o sujeito em uma *função de desejo*. Entende-se aqui que esse é o ponto de que se trata em alguns casos de bebês com deficiência. O que está posto em risco nesses casos é a possibilidade de, a partir da relação escópica, se sustentar o sujeito do desejo sem que ele seja reduzido, sem que se produza uma nadificação que o destitua dessa possibilidade de vir a ser, de ser olhado desde a função do desejo.

Ao falar da anarmofose com referência ao quadro *Embaixadores* de Hans Holbein, Lacan aponta que o que Holbein torna visível com a imagem do crânio de caveira deformada seria:

[...] algo que não é outra coisa senão o sujeito nadificado – nadificado numa forma que é, falando propriamente, a encarnação imajada do *menos-fi* [$(-\phi)$] da castração, a qual centra para nós toda a organização dos desejos através do quadro das pulsões fundamentais (Lacan, 1964/2008, p. 91).

Acrescenta, em seguida, o aspecto inapreensível do olhar, segundo o qual justamente onde ele é buscado, o sujeito o verá desaparecer. Assim, Lacan introduz a noção de anamorfose para dizer da deformação da imagem que é tirada de perspectiva, que está achatada, ligada a uma superfície (Lacan, 2008 [1964]). A noção de anamorfose pode ser ligada à conceituação de Lacan sobre o estádio do espelho a partir do esquema de Bouasse, segundo o qual para que a imagem do corpo do sujeito possa ser (ilusoriamente) integrada a partir do olhar do Outro, este deverá estar situado em um ponto específico:

Para que esta ilusão se produza, para que se constitua, diante do olho que a olha, um mundo em que o imaginário pode incluir o real e, ao mesmo tempo, formá-lo, em que o real também pode incluir e, ao mesmo tempo, situar o imaginário, é preciso que uma condição seja realizada – eu disse a vocês, o olho deve estar numa certa posição, deve estar no interior do cone (Lacan, 1954/2009, p. 110).

É desta posição do olho – ou ainda, da posição do sujeito na relação com o Outro – que dependerá a possibilidade da ilusão que viabiliza a integração do corpo através de uma imagem.

Se estiver no exterior do cone, já não verá o que é imaginário, pela simples razão de que nada do cone de emissão virá bater nele. Verá coisas no seu estado real, inteiramente nu, quer dizer, o interior do mecanismo, e um pobre vaso vazio, ou flores isoladas, segundo os casos (Lacan, 1954/2009, p. 110).

Entende-se, assim, que, se o sujeito não estiver engajado nessa relação desde uma posição que possibilite a assunção de uma imagem integrada, o que restará daí será o corpo em seu estado real, como refere Lacan. Nesse caso, supõe-se que não haveria a possibilidade desse investimento imaginário que só será viável se tal condição for realizada, a da localização do olho num arranjo que possibilita o posicionamento do anteparo da mancha que mascara esse real, disposto entre o olhar e o sujeito.

3 O significante “deficiência” e seus impasses na constituição psíquica do sujeito

A partir das diferentes questões abordadas até aqui, parte-se da compreensão de que na clínica com bebês com deficiência, muitas vezes, a distância entre o bebê idealizado e o bebê do nascimento dificultará a elaboração do luto do bebê Ideal e conseqüente simbolização do encontro com o bebê Real. Entende-se que a não cessão do bebê idealizado será o que dificultará essa simbolização, tendo em vista que o imaginário que não cede não poderá dar lugar assim à simbolização e elaboração do luto.

Desse modo, não se pode debruçar sobre essas questões sem que haja um olhar cuidadoso para como essa simbolização será (ou não) possível no laço parental com o bebê, entendendo a rede de significantes que envolvem a chegada dessa criança ao mundo. Esse é um ponto que trataremos mais à frente, buscando também o conceito de debilidade em diferentes referências na teoria lacaniana, para falar de como a posição depressiva materna e a não elaboração do luto poderão ter efeitos na posição subjetiva por meio da qual essa criança virá a se situar no mundo e em suas relações. Esse conceito é trazido na perspectiva de diferenciar a debilidade enquanto condição humana da debilidade como efeito de um encontro que não pôde ser simbolizado, o que faz com que a criança se mantenha na posição de objeto imaginário da fantasia materna. Poderemos, também, pensar com Mannoni (1964/1999) que a questão da debilidade mental na clínica dos problemas orgânicos se trata de como a criança vai estar posicionada no fantasma materno.

3.1 O estágio do espelho e o nascimento do sujeito: uma leitura lacaniana das fragilidades e entraves diante do diagnóstico orgânico com bebês

Lacan entende, a partir de Freud, que uma unidade comparável ao eu se constituirá a partir de certo ponto da história do sujeito, quando o Eu começa a assumir suas funções, e assinala que “isso equivale a dizer que o eu humano se constitui sobre o fundamento da relação imaginária” (Lacan, 1953/2009, p. 156). É nesse contexto que Lacan relacionará o surgimento do eu com a constituição daquilo que ele nomeia como *Urbild* em sua concepção do estágio do espelho, dando continuidade a suas formulações de 1949 (Lacan, 1949/1998). Nessa compreensão, o próprio surgimento do eu estaria atrelado de forma fundamental à relação imaginária que ele estabelece, e Lacan introduz aí que seria justamente a origem imaginária da função do eu a “nova ação psíquica”, mencionada por Freud (1914/2010c) e necessária à formação do narcisismo no bebê. Cukiert e Prizskulnik corroboram com o entendimento de que a ação psíquica necessária para provocar a passagem do autoerotismo ao narcisismo seria a “própria antecipação imaginária de um corpo unificado” propiciadora da “identificação primordial do sujeito com a imagem” (Cukiert & Prizskulnik, 2002, p. 146), ou seja, da unificação do corpo do bebê a partir da sustentação e confirmação no olhar do Outro. Andrade e Soléra são ainda mais explícitas ao afirmarem que a *nova ação psíquica* indicada por Freud seria o que Lacan determina como a *experiência do espelho* (Andrade & Soléra, 2006).

Desde sua teorização inicial sobre o estágio do espelho, Lacan (1949/1998) afirma que o olhar do outro é o que possibilitará a unificação do corpo fragmentado do bebê. Essa unificação diz respeito a uma antecipação de unidade, experiência que provoca a assunção jubilatória do sujeito ao se reconhecer desde o Outro primordial, que o marca através do significante. O bebê vai encontrar no olhar do Outro a confirmação de seu corpo próprio já não fragmentado, ainda que ilusoriamente, através também identificação com a imagem do outro com que se depara no espelho. Greco (2011) indica, a partir de Lacan, que apenas por meio dessa mediação do Outro especular pelo eixo Imaginário que o sujeito constituirá sua identidade. Assim, fica muito clara a essencial função que o outro exercerá na relação

imaginária para a constituição do eu no bebê, como nos aponta Lacan ao dizer que “O outro tem para o homem valor cativante, pela antecipação que representa a imagem unitária tal como é percebida, seja no espelho, seja em toda realidade do semelhante” (Lacan, 1953/2009, p. 169).

Assim, para Lacan, o corpo de todo bebê é um corpo despedaçado, mas será no engodo da identificação espacial no estágio do espelho que esse corpo poderá formar uma totalidade por ele chamada de ortopédica (Lacan, 1949/1998, p. 100). O autor indica também que o estágio do espelho deve ser compreendido como uma identificação, uma transformação que se produz quando o sujeito assume uma imagem, e que tem como função estabelecer uma relação entre o organismo e sua realidade. O que está colocado como questão aqui é como poderá operar essa precipitação, essa passagem da insuficiência à antecipação para um bebê cujo corpo e cuja imagem percebidas na relação com o outro não serão de totalidade, e sim de confirmação no real de sua fragmentação. Se o nascimento do eu se confunde com a constituição da imagem do corpo próprio (Greco, 2011), podemos esperar que o estágio do espelho será um momento crítico para que a sustentação desse sujeito seja possível a partir da reparação da perda dos ideais narcísicos parentais.

Para tratar da questão da antecipação imaginária de um corpo unificado e, assim, dos processos psíquicos decorrentes da organização imaginária que se dão a partir do estágio do espelho, trago duas conceituações que abordam essa experiência de unificação imaginária do corpo em bebês com algum comprometimento orgânico. Esses conceitos se relacionam com a fragmentação do corpo com relação ao espelho – enquanto campo do olhar do Outro –, ou seja, com o que essa imagem fragmentada poderá provocar na relação com o outro e na própria constituição subjetiva da criança, sendo eles espelho quebrado (Tavares, 2013) e espelho perturbador (Fédida, 1984), que irão dizer do encontro que se produz com aquele que apresenta alguma deficiência.

Ao falar do filho como um espelho de uma imagem melhorada dos pais, Tavares (2013) aponta a importância de não se ignorar que o espelho quebrado por um problema de desenvolvimento na criança pode produzir efeitos desastrosos para os pais. A autora entende que, a partir desse rompimento do espelho e da imagem idealizada, a criança passará a ocupar no fantasma parental “não apenas o lugar do filho esperado, senão também desse que rompeu todas as expectativas” (Tavares, 2013, p. 88). É interessante notar que, para a autora, o “filho esperado” não deixará de ocupar o imaginário parental, e podemos compreender que este estará presente em constante contraposição ao filho real que lhes é entregue. Assim, a autora aponta a dimensão catastrófica que um diagnóstico poderá ter para os pais, indicando que o que está em xeque quando da quebra do espelho por fraturas no corpo da criança é a possibilidade de que se estabeleça o jogo especular entre a mãe e o bebê. Sabemos que este jogo especular será a chave de ignição que possibilitará as inscrições subjetivas para a criança, na formação do eu e constituição da imagem do corpo. Assim, a autora aponta que, da mesma forma como os problemas orgânicos do bebê são tomados pela mãe, o sintoma dos filhos denunciará o fracasso parental de maneira insuportável (Tavares, 2013).

Andrade e Soléra (2006) retomam o trabalho de Fédida entendendo a deficiência como um espelho perturbador na medida em que o encontro com a imagem da deficiência perturba ao produzir no outro angústia de castração. Segundo as autoras, “no encontro com o deficiente vimos emergir ‘isso’ que é da ordem do Real, ou seja, marcas da nossa própria debilidade e da nossa impotência que ficaram excluídas da imagem pela qual o sujeito se reconhece” (Andrade & Soléra, 2006, p. 88).

Fédida (1984) afirma que o deficiente escapou de uma tragédia que ameaça o outro constantemente, como aquilo que ainda pode lhe acontecer. É a experiência catastrófica do despedaçamento completo do qual, de certa forma, o deficiente se salvou, sendo um sobrevivente. Podemos dizer assim que o encontro com a deficiência diz respeito a um encontro

consigo mesmo, com o ponto em que encontramos nossa própria falha. Fédida (1984) vai ainda apontar que é apenas no reconhecimento do que a deficiência do outro diz a respeito de nós mesmos que será possível garantir possibilidades significantes ao deficiente: “é ao nível da nossa experiência pessoal e ao nível do aprofundamento dessa experiência que podemos primeiramente conquistar a percepção de deficiência e, em seguida, assegurar ao deficiente condições menos desfavoráveis ao seu próprio desenvolvimento” (Fédida, 1984, p. 145).

Percorrendo as construções teóricas de Lacan, podemos entender que a imagem real nunca é uma imagem completa. Como aponta Greco, podemos perceber no esquema de Bouasse que no espelho côncavo a imagem real é refletida, aparecendo no entanto distorcida e invertida, o que pode ser uma boa demonstração do narcisismo primário (Greco, 2011). Será apenas com a inserção do espelho plano pela imagem virtual que o corpo do bebê poderá ser percebido como unificado. É o espaço virtual aí produzido que demonstra que “na relação do Imaginário com o Real, tudo depende da situação do sujeito, seu lugar no mundo simbólico” (Greco, 2011, p. 8). Essa compreensão abre um caminho claro para entendermos que, independentemente do tamanho da perda que uma mãe possa vivenciar face a uma deficiência em seu bebê, é possível, a partir das articulações simbólicas que ela for construindo, auxiliá-la no processo de reparação dessa quebra, podendo construir um lugar para o sujeito em sua trama simbólica no qual ele possa habitar. Isto é o que possibilitará ao sujeito realizar o fechamento das marcas simbólicas produzidas em seu corpo pela quebra do ideal parental.

3.2 Deficiência e o conceito de debilidade

Cabe, a partir das questões trabalhadas até aqui, realizar algumas construções em torno do conceito de debilidade, tanto para compreender a debilidade como uma das posições observadas do sujeito frente à sua incapacidade orgânica, como para separar deficiência de

debilidade, uma vez que ter uma deficiência não implica necessariamente que o sujeito esteja em uma posição débil. Quanto a isso, Lacan (1974-1975) indica a posição de debilidade como concernente ao sujeito em qualquer estrutura, ou seja, a debilidade se trata para ele de uma *posição subjetiva*. Nesse sentido, a teorização sobre debilidade estabelece sua independência de qualquer estrutura, haja visto que não é apenas uma ou outra estruturação psíquica que poderá implicar, parcial ou totalmente, tal posição do sujeito frente ao Outro.

Nesse caminho, Alberti e Miranda (2002) apontam que, se a debilidade não é estrutura clínica nem está diretamente ligada a uma, ou ainda, não é uma *estrutura do sujeito*, ela terá a ver com a *posição* do sujeito no desejo do Outro, indicando que a indagação acerca de “o que o Outro quer de mim?” só pode ser formulada porque não há uma resposta a priori no Outro. As autoras retomam, assim, que se o saber do Outro fica absoluto, sem furo, não há possibilidade de que tal pergunta surja, fazendo com que tal processo de investigação do desejo do Outro – e, portanto, de seu próprio desejo – fique interrompido na criança. É nesse sentido que constrói a hipótese de que, na debilidade, a pesquisa sexual (correlata ao *querer saber*) sequer se inicia. Retomam assim, desde Lacan, que o saber se origina do horror de que algo falta no Outro, a partir da investigação sexual, assinalando, portanto, que o sujeito só é desejante de saber porque pode lidar com o Outro como faltoso. Será a partir dessa incompletude do Outro, ou ainda, diante de um saber não-todo que o sujeito poderá desejar saber algo ele próprio sem colar-se à verdade do Outro:

Não ver, não conseguir ver, não poder perceber o discurso nas entrelinhas de sua equivocidade e, por isso, colar-se aos ditos do Outro, independente do que isso possa implicar, já que o próprio discurso não é instrumento para a produção de outra coisa e, sim, cópia e novamente cópia de ditos (Alberti & Miranda, 2002, p. 36).

Alberti e Miranda assinalam, dessa maneira, que a debilidade mental tem a ver com a posição que o sujeito toma frente a esse horror de saber – e, para poder assumir tal posição

frente ao horror de saber, será necessário que a escolha estrutural já tenha sido tomada. Assim, para as autoras, “no caso da debilidade mental, a posição do sujeito é frente ao Outro materno, independente dele ser ou não barrado pelo Nome-do-Pai” (Alberti & Miranda, 2002, p. 41).

Para Mannoni (1964/1999, p. 47), a criança “não chegou, no seu discurso, ao domínio do eu, na medida em que sua verdade ainda permanece alienada na verdade dos pais”. A autora afirma assim que a criança débil ficará colada ao discurso do outro sem que possa construir seu próprio discurso, sua própria verdade. Situa assim a debilidade como uma posição subjetiva em que a criança vem a exercer uma função na relação com a mãe de cobrir a falta materna.

Mannoni (1964/1999, p. 36) compreende a debilidade como uma *máscara* que encobriria “uma certa confusão do real e do simbólico” ao falar de um caso em que, segundo ela, a debilidade se apresentava “num ser para quem o acesso ao imaginário tinha sido interceptado”. Com relação a esse ponto da teoria elaborada por Mannoni, podemos entender que a debilidade diz respeito a uma fragilidade no imaginário, ou ainda, ao que poderíamos chamar de uma impossibilidade de identificação imaginária a partir das construções da autora. Nesse sentido, haveria uma impossibilidade de se situar como objeto do desejo materno, como Alberti e Miranda apontam:

A primeira identificação do assujeito é especular: a criança é a imagem do objeto do desejo de sua mãe. [...] A imagem totalizadora que permite à criança a assunção jubilatória, conforme esse texto sobre o estádio do espelho, implica a emergência do imaginário (Alberti & Miranda, 2002, p. 43).

No entanto, segundo as autoras, ao se deparar com uma mãe em posição depressiva, incapaz de desejar,

[...] a criança débil se oferece, na tentativa de fazer consistir ainda alguma coisa. No lugar de permitir a questão: “o que o Outro quer de mim?”, a debilidade é uma significação para o desejo da mãe, forma de apreender o desejo via um significante

holofrásico, ao qual o sujeito dá uma significação imaginária pelo viés de seu próprio corpo – eis como se oferece. Daí não surge qualquer questão (Alberti & Miranda, 2002, p. 43).

Nesse sentido, podemos compreender como a debilidade vem a ocupar, na relação entre a mãe e seu filho, esse lugar de significação, de encerrar uma pergunta ao invés de possibilitar sua abertura, ao invés de possibilitar a busca pela verdade do sujeito. Na teorização de Mannoni, a criança débil fica assim posicionada na verdade do Outro, sem poder construir seu próprio saber e, assim, sem poder situar seu próprio desejo. Por esse caminho, Mannoni (1964/1999) também levanta a hipótese de a debilidade ser um dos efeitos de alguma inoperância da metáfora paterna, pois a metáfora paterna é a via pela qual o sujeito pode se tornar desejante.

A respeito desse lugar de puro objeto do desejo do Outro que a criança virá a ocupar na debilidade, podemos tomar as considerações de Alberti e Miranda, segundo as quais todo bebê é fundamentalmente objeto submetido ao Outro materno no início de sua vida. O que as autoras diferenciam aí é o lugar que esse bebê ocupará na economia libidinal materna – se na posição de objeto de puro gozo, ou se estará submetido ao desejo materno. A partir disso, apontam que quanto maior a fragilidade do desejo materno em relação ao bebê, maior será a dificuldade do próprio bebê em alcançar ele próprio o estatuto de sujeito desejante (Alberti & Miranda, 2002). Nesse sentido, o bebê na debilidade ficaria identificado a um significante do desejo materno, seja qual for a estrutura subjetiva em que esse bebê se situa, o que recobriria sua imagem de corpo próprio, “mantendo o sujeito exilado quanto ao desejo, para não descompletar o Outro materno” (Alberti & Miranda, 2002, p. 43). Nesse sentido, a debilidade pode ser compreendida em sua função mais essencial como sendo a de não *descompletar* o Outro, e, portanto, fica inviabilizado ao débil que ele possa se posicionar em outro lugar que não na própria verdade do Outro.

Logo após o lançamento do livro de Mannoni *A criança retardada e sua mãe*, Lacan fez a primeira referência à questão da debilidade em sua aula de 10 de junho de 1964, em que sugere que “a criança débil toma o lugar [...] em relação a esse algo que a mãe a reduz a não ser mais que o suporte de seu desejo num termo obscuro” (Lacan, 1964/2008, p. 231), fazendo referência à leitura de Mannoni. Nesse momento, Lacan indica que, na debilidade, a mãe manteria o filho como *objeto imaginário*. Já em *A Terceira* (1974), Lacan propõe a debilidade como a redução do sujeito ao seu corpo, e seria em seu seminário neste mesmo ano que indicaria de forma mais consistente a relação da debilidade mental com a concepção de Imaginário, no que este se refere ao corpo:

Há algo que faz com que o ser falante se mostre destinado à debilidade mental. E isto resulta tão somente do Imaginário, naquilo em que o ponto de partida deste é a referência ao corpo e ao fato de que sua representação, digo, tudo aquilo que por ele se representa, nada mais ser que o reflexo de seu organismo. É a menor das suposições que o corpo implica (Lacan, 1974-1975, p. 4).

Ainda em concordância com as construções que Mannoni e Lacan realizam em torno da debilidade e da questão do imaginário, Vorcaro e Lucero (2011, p. 816) vão também situar a que:

[...] a insuficiência orgânica e subjetiva do organismo neonato é obstáculo que potencializa a operação de aderência imaginária, já que sustenta uma opacidade tão virulenta que impõe, ao agente do Outro, a construção de um sujeito imaginado, sob o modo de criança.

Podemos considerar que, para a criança débil, o risco de confirmação da sua impotência está intimamente relacionado com tal fragilidade imaginária, de modo a compreender que a efetivação das fantasias de despedaçamento da criança na realidade poderia desencadear até mesmo uma psicose. Mannoni aponta essa questão no caso de Mireille, criança débil que aos 5

anos fora atropelada por um carro e desde então viu-se com um corpo partido, cujo “esmagamento na realidade – e não a um nível simbólico – impediu a criança, daí em diante, de enfrentar qualquer provação, ou seja, de passar pela “castração simbólica” (Mannoni, 1964/1999, p. 51).

Em outra perspectiva, ao pensarmos a questão da debilidade na deficiência, podemos considerar que a criança se vê de antemão com um corpo quebrado, cuja fantasia de despedaçamento já se confirmara há muito tempo. A essa criança, desde muito cedo, restará fazer algo com o lugar que lhe é atribuído nessa família, não com o que lhe antecede, mas com o que surge da reelaboração das idealizações parentais. Esse movimento tornará possível à criança uma identificação não a nível imaginário (com o bebê idealizado sobre o qual foi necessário realizar-se um luto), mas a nível simbólico, a partir desse traço que a situe na trama familiar para além do mero mascaramento da confusão entre real e simbólico apontada por Mannoni. Porém, só será possível à criança renunciar a responder imaginariamente enquanto objeto do desejo do Outro se a ela forem oferecidas as mínimas condições para que ocupe outro lugar, o lugar de sujeito.

3.3 Da lesão real à lesão que opera na fantasia parental

Mannoni (1964/1999) aponta que, no nascimento, o filho vem ocupar o lugar de preencher o vazio do passado materno por meio de uma imagem fantasmática, a qual viria reestabelecer o que na história da mãe fora julgado deficiente. Assim, a autora questiona “se este filho carregado com todos os sonhos perdidos da mãe, nasce *doente*, o que irá acontecer?”, respondendo que o corpo enfermo do filho que irrompe na realidade produz para a mãe um choque que irá atuar no plano fantasmático renovando para a mãe seus traumatismos (Mannoni, 1964/1999, p. 5), questão já abordada anteriormente. Mannoni indica que o fator orgânico não

é por si só o que se estabelece como um impasse na relação, ou seja, não é a dificuldade inata da deficiência que está em jogo, mas a “maneira como a mãe utiliza esse defeito num mundo fantasmático” (Mannoni, 1964/1999, XVI).

Nesse sentido, podemos compreender que a especificidade que está em jogo na clínica com crianças com deficiência diz respeito a como será possível para os pais lidarem com essa questão que ocupa um lugar tão desinvestido, de forma geral, em nossa cultura. A esse respeito, Mannoni (1964/1999, p. 192) indica que “na nossa civilização, não há lugar para um ser humano incapaz de um certo rendimento social ou escolar”. É surpreendente perceber que, mais de meio século após essa publicação, ainda não podemos afirmar que haja uma mudança significativa no tocante a essa afirmação, mesmo que o lugar no social para a pessoa com deficiência tenha se modificado ao longo do tempo. Entende-se que uma questão latente aí é que não bastará que haja mudanças no sentido da garantia de direitos humanos para que possamos dizer que há *lugar* para as diferentes incapacidades que acompanham as mais diversas deficiências.

O *lugar* a que me refiro aqui é, portanto, o lugar simbólico que o sujeito poderá ocupar nas diferentes relações que venha a estabelecer ao longo da sua vida, e a partir de que posição estará aí situado. Além disso, no tempo de ser bebê esse lugar está remetido à relação primordial que se estabelece entre o bebê e seus cuidadores, e que será o ponto de partida para todas as futuras relações que ele poderá estabelecer. Percebe-se assim que a psicanálise poderá atuar nessas articulações simbólicas e imaginárias que giram em torno da lesão orgânica, ou seja, trabalhando sobre as questões fantasmáticas que aí se colocam para os pais. Compreende-se assim que o que poderá ser simbolizado serão então as fantasias parentais ou, ainda, a lesão fantasmática que se presentificará nessa relação a partir da quebra dos ideais parentais frente ao filho.

Assim, compreende-se, juntamente com Mannoni, que ainda que o trabalho psicanalítico nada possa fazer sobre a lesão orgânica, muito poderá ser feito pelo sujeito, se

entendermos que a “total impossibilidade de ser aceito pelos que o cercam fixa, automaticamente, o ‘doente mental’ em sua ‘doença’” (Mannoni, 1964/1999, p. 192). Assim, poder escutar as questões fantasmáticas em torno da lesão orgânica poderá significar outro lugar possível ao sujeito que não seja fixado em sua própria doença.

Esse entendimento pode encontrar ressonâncias em diferentes leituras clínicas que apontam para a relação direta entre as possibilidades simbólicas e imaginárias que são oferecidas para a criança pela família que a recebe e as próprias construções corporais que a criança poderá realizar, como quando Bergès (2008) afirma que a maturação orgânica e o significante andam em certa medida juntos. Da mesma forma, Mannoni (1964/1999, p. 15) vai indicar, acerca da clínica com crianças débeis, que “a gravidade da desordem psicomotora dessas crianças é por vezes também função da relação fantasmática do sujeito com a mãe e com seu próprio corpo”.

Ademais, Pavone e Abrão traçam que, em suas últimas consequências, os impasses que se colocam quando os pais ficam tomados pelo corpo de seu filho e de suas deficiências será a própria hesitação em supor um sujeito na criança, “situando-a no limbo entre o ser vivo e o sujeito” (Pavone & Abrão, 2014, p. 375). As autoras entendem aí que as *lesões imaginárias e simbólicas* serão o que poderá obstaculizar o exercício das funções materna e paterna, uma vez que o próprio diagnóstico orgânico faz com que os pais precisem reorganizar o imaginário e o simbólico sobre a criança. O que está em questão será até onde esses pais darão conta de redimensionar essa criança em sua fantasia para que ela não fique reduzida a seu próprio organismo (Pavone & Abrão, 2014). Podemos ir traçando assim a compreensão de que a escuta psicanalítica poderá propiciar que um novo lugar para o sujeito seja construído na fantasia materna, de modo que ele mesmo possa se colocar em sua relação com o Outro desde outra posição.

Bergès (2008) retoma, no que diz respeito à lesão real na clínica com crianças com deficiência, que o déficit é incontestável e faz parte da experiência da realidade. O que está posto em risco, para o autor, é o próprio simbólico, pela possibilidade de que o significante ao qual a criança esteja identificada seja “achatado pelo *handicap*³ que constitui a falta” (Bergès, 2008, p. 132). A partir deste achatamento do significante, decorrerá “toda uma zona de não-ouvido na linguagem, de não-ouvido, de não-visto, de não-desejado, de não-representável” (Bergès, 2008, p. 132). Poderíamos compreender assim que a identificação da criança a um significante que se encontre achatado pelas consequências da deficiência poderá ter como efeito um empobrecimento simbólico ou, ainda, um esvaziamento simbólico na relação que se estabelece entre esse bebê e sua mãe, inviabilizando que este registro opere de forma eficaz.

³ Ainda que este termo esteja em desuso, preferiu-se manter a expressão utilizada pelo autor, que se referia à *desvantagem* provocada pelo déficit, muitas vezes utilizada em substituição ao próprio termo “déficit” ou “deficiência”.

4 Contribuições psicanalíticas à intervenção na relação mãe-bebê

A partir das articulações trazidas até aqui, já é possível construir a compreensão de que o trabalho com gestantes, puérperas e seus bebês traz majoritariamente um caráter preventivo, seja no que tange ao estudo do psiquismo fetal ou às interações e suposições primitivas da mãe com seu bebê ainda intraútero. No caso do trabalho com bebês com deficiência e suas mães, este diz respeito a uma prevenção secundária (Jerusalinsky, 2002), ou seja, podendo cuidar dos desdobramentos que o encontro com a deficiência proporcionará a essa mãe e conseqüentemente os efeitos disso no estabelecimento do psiquismo no bebê, para que seja oferecido um suporte a esse momento precípua da constituição subjetiva. Ainda que a prevenção tenha esse caráter tão precoce de intervenção no tempo da primeiríssima infância, muitas vezes o trabalho inicia-se até mesmo em um momento posterior, em que alguns aspectos do psiquismo já se encontram em estruturação. Entende-se aqui que a infância é, como um todo, momento privilegiado para intervenções sobre o psiquismo, uma vez que a criança se encontra em processo de constituição subjetiva, especialmente durante a primeira infância.

Jacinto (2012) assinala que a prevenção se mostra como um importante aspecto da clínica psicanalítica com bebês e que, retomando as questões aqui apontadas nos capítulos anteriores, o que está em jogo na clínica da prevenção é o olhar sobre o corpo do bebê diferenciado do olhar médico, uma vez que será através de seu corpo que o *infans* poderá realizar sua expressão psíquica e se colocar de forma ativa na relação com o outro. Nesse contexto, a autora retoma a perspectiva controversa que a noção de prevenção traz, uma vez que intervir antes do aparecimento de um sintoma poderia corresponder “a uma concepção psicomédica da criança, segundo a qual seria possível evitar seu sofrimento agindo sobre supostas causas” (Jacinto, 2012, p. 246).

Este é um cuidado necessário especialmente na clínica com crianças, para que não haja também uma patologização da infância ao oferecer-se um único destino ao sujeito. É nesse sentido que Jerusalinsky (2002) indica o risco das profecias autorrealizáveis para a constituição subjetiva do bebê, que o colocam face a um único lugar que o sujeito poderá vir a ocupar. Para que isso não se confirme, será necessário que não se confunda a prevenção com predição, pois não é possível prever o futuro do bebê (Jacintho, 2012). Assim, Jacintho (2012, p. 252) argumenta que, em função de não haver relação de causa e efeito na temporalidade psíquica,

[...] não há, então, como antecipar a maneira como o evento [o trauma] será tratado ou o que vai desencadear num determinado sujeito. Logo, a particularidade da questão do tempo em prevenção refere-se à impossibilidade de se prever o futuro do bebê ou o modo como ele vai se constituir psiquicamente a partir do que vive.

Nesse caminho, a autora vai indicar que, ao se falar em prevenção na clínica psicanalítica com bebês, o que está em jogo é um *olhar preventivo* que sustentará, servirá de suporte ao olhar materno “apenas na medida em que sustenta a *pré-visão* efetuada pela mãe, ao interpretar as expressões corporais de seu bebê como uma demanda que lhe é endereçada” (Jacintho, 2012, p. 258). É nesse sentido que a autora aponta que a única antecipação de que se trata em prevenção é a aquela a mãe realiza sobre as produções de seu bebê.

Assim, ainda que nem sempre a dupla mãe e bebê chegue tão cedo para atendimento, a experiência do trabalho psicanalítico proporciona a constatação dos efeitos que a intervenção pode ter não só para essas crianças, mas para suas famílias, especialmente a mãe. Desse modo, busca-se utilizar neste capítulo diferentes recortes e cenas clínicas, não apenas com bebês, mas também com crianças e adolescentes.

4.1 Desejo materno e suposição do sujeito: do bebê Imaginário ao bebê Real

Acompanhando os estudos de Mannoni (1964/1999) – que já nos apontara que a falta materna, antes preenchida por um bebê imaginário, é reafirmada pela deficiência do filho que aparece no real –, pode-se ir construindo o caminho que permite a compreensão sobre quais serão os efeitos desse encontro da mãe com o bebê com deficiência. A antecipação imaginária e simbólica que viabiliza a inscrição do bebê no psiquismo materno operará efeitos sobre o psiquismo do bebê por muito tempo, acompanhando o sujeito não só nos primórdios de sua estruturação subjetiva, mas também por toda sua vida, repercutindo sobre o estabelecimento do eu, sobre a constituição subjetiva e conseqüentemente sobre suas possibilidades de se relacionar e estar no mundo. Assim, podemos assumir que as suposições, construções e antecipações imaginárias e simbólicas primordiais que se dão no estabelecimento da relação entre o bebê e sua mãe estarão intrinsecamente relacionadas às possibilidades de inscrições subjetivas para a criança na rede simbólica parental.

As autoras Pavone e Abrão traçam importantes considerações acerca da chegada de uma criança com deficiência e como esta poderá ser recebida por seus pais. Nesse sentido, apontam o grande contraste que há entre uma criança deficiente e o filho esperado, idealizado no imaginário parental – ainda que as autoras compreendam, da mesma forma que se constata aqui, que nenhum filho jamais corresponderá ao ideal parental. As autoras entendem que de todo modo será necessário às mães que elas façam o luto da perda do filho idealizado, reposicionando o filho em seu imaginário para que este não fique situado como um impostor, como um desconhecido nessa relação. Entendem, assim, que “no caso das patologias orgânicas, essa criança pode gerar efeitos ainda mais dissonantes no fantasma materno” (Pavone & Abrão, 2014, p. 376).

Acompanhando as construções que as autoras realizam, acredita-se aqui que quanto maior a distância entre o bebê imaginado e o bebê real, mais dissonantes serão os efeitos do luto pelo filho idealizado no fantasma materno e maior será o risco desse bebê não encontrar

um lugar onde possa se situar na rede simbólica parental a partir da reorganização imaginária e simbólica que será aí necessária. As autoras indicam ainda algumas importantes questões no que diz respeito à atribuição de um diagnóstico orgânico do filho aos pais, salientando que, nesse momento, o que estará em questão é justamente a possibilidade desses pais reorganizarem o imaginário e o simbólico sobre a criança:

Quando o déficit ou doença orgânica bate à porta do imaginário parental, ou seja, quando aquele filho gerado apresenta uma condição orgânica que confronta os pais com a noção de um filho deficiente (portador de uma síndrome, lábio leporino, problema físico, entre outros), o diagnóstico de quadro orgânico pode desmontar o imaginário que sustentava as hipóteses sobre o filho esperado/imaginado. A criança concreta não coincide mais com aquela esperada pelos pais já que, pelas dificuldades que apresenta, não pode responder aonde é esperada. A importância da patologia adquire tamanha extensão que a criança, ela mesma, fica reduzida a seu organismo (Pavone & Abrão, 2014, pp. 375-376).

Tavares (2013, p. 89) indica que tal desencontro entre o bebê idealizado no imaginário parental e o bebê real “pode ser da ordem do irrepresentável, fazendo com que possam claudicar a filiação, a sexuação e a identificação, ou seja, a constituição de um sujeito nesse pequeno ser de carne e ossos”. A autora pontua, aí, que o que está ameaçado nesse desencontro é a própria constituição subjetiva do bebê. Por sua vez, Loureiro (2013) sugere que a quebra da expectativa parental sobre o filho idealizado diz respeito não apenas à imagem de perfeição que se rompe, mas também a todo um futuro que foi pensado para a criança e para sua família. Na clínica, isso poderá ser observado em casos que o mínimo traço orgânico de deficiência poderá gerar grandes repercussões no psiquismo materno, e que essa distância entre o bebê desejado e o bebê que chega no nascimento diz respeito principalmente à idealização desse filho, a qual também tem relação com as expectativas de realização dos próprios pais.

Nina⁴, que já se encontrava em acompanhamento no serviço desde os três anos, passou a ser atendida por mim aos cinco, quando sua história foi contada a mim pela mãe em nossas entrevistas iniciais. Nina tinha suspeita de uma síndrome genética que até então não havia sido confirmada, mas traços sindrômicos eram de fato muito presentes na fisionomia da menina, o que indicava a possibilidade de uma síndrome bastante rara. Nascida de parto prematuro, tinha em decorrência da síndrome não identificada questões cardíacas e respiratórias, além de um atraso importante especialmente no desenvolvimento cognitivo e da fala. A mãe narrou o quão esperada e desejada a menina foi durante toda a gestação, sendo a primeira filha de seu pai, ainda que a mãe já tivesse dois filhos de outro casamento. A chegada de Nina sem dúvida trouxe conflitos importantes para essa mãe, que até aquele momento ainda demonstrava muita dificuldade em olhar para a menina e a ela oferecer um lugar em seu desejo. A relação de ambas era permeada por muita agressividade, e Nina muitas vezes comparecia no discurso materno em um lugar animalesco, chamando-a de “minha cachorra”. A forma de se referir à filha nada tinha a ver com uma intenção consciente de agredi-la, ficando bastante evidente na escuta com essa mãe que o horror que a filha lhe causava estava ligado a questões desconhecidas para ela, e muito íntimas do lugar que essa perda viria a marcar na relação parental, demonstrando que a perda da filha idealizada fora nesse contexto insuportável para a mãe. Ao mesmo passo que essa mãe não conseguia investir libidinalmente nessa filha, parecia também nada saber sobre ela – ao longo de toda sua vida, Nina passou por diversos atendimentos, realizando acompanhamentos genéticos, cardíacos, respiratórios, fonoaudiológicos e psicológicos, na busca de alguém que pudesse saber sobre esse corpo estranho à mãe.

Pavone e Abrão (2014) relembram que a causa do sujeito não está reduzida ao orgânico, indicando que mesmo para uma criança com problemas orgânicos graves ainda existirá a

⁴ Todos os nomes utilizados nesse escrito foram modificados, assim como algumas informações foram ocultadas para preservar a identidade dos pacientes.

possibilidade de inscrições subjetivas. Ainda assim, as autoras apontam que “um distúrbio de funcionamento orgânico pode tornar-se um entrave à constituição e, tornar-se o único traço pelo qual a criança será reconhecida pelos pais” (Pavone & Abrão, 2014, p. 375). Por sua vez, Laznik (2004) comenta a situação em que os pais nada podem ver senão o bebê real, tornando-se incapazes de supor e antecipar algo de um sujeito naquele bebê:

Eu diria que certos pais não se deixam enganar por nenhuma *imagem real*, e logo por nenhuma ilusão antecipadora: eles veem o bebê real, tal qual, em seu desnudamento, e sua impossibilidade de antecipar torna impossível que qualquer coisa advenha. A ausência desta *imagem real* deixa a criança sem *imagem do corpo*, tornando problemática sua vivência de *unidade corporal*” (Laznik, 2004, p. 56)

Nesse ponto, a autora traça uma relação com o esquema de Bouasse apresentado por Lacan em sua teorização do estágio do espelho (Lacan, 2008). Laznik propõe uma leitura de que a falicização da criança se daria apenas a partir do olhar do Outro, situando a criança “no lugar de Ideal aos olhos de sua mãe” que, por isso, já ocuparia aí para sua mãe o lugar de objeto perdido (Laznik, 2004, p. 55). O olhar do Outro primordial seria aquele que, para a autora, possibilitaria um vir a ser do sujeito, marcando através de uma ilusão antecipadora algo que não está ali – o que será possível “somente se, para a mãe, a criança se situa no lugar de Ideal” (Laznik, 2004, p. 55). Assim, para a autora, tal impossibilidade dos pais em verem além do bebê real, incapazes assim de situá-lo no lugar do bebê Ideal, mesmo que *aos olhos de sua mãe*, seria o grande entrave para que o sujeito advenha.

É nesse cenário que se compreende a possibilidade de um psicanalista intervir, construindo junto aos cuidadores uma via pela qual esse bebê possa ser recebido na trama simbólica parental, onde poderá se constituir como sujeito desejante. Para que esse trabalho seja possível, Loureiro aponta que o saber desses pais precisará ser restaurado; a autora situa que todos os pais precisam saber o que fazer com seu filho, mas que de certa forma o saber

fazer com um filho que não apresente patologias orgânicas parece vir de uma forma mais natural; com o filho com deficiência, esse saber parental é colocado em xeque e precisa ser reconstruído (Loureiro, 2013). Para garantir que isso seja possível, ao escutar esses pais será necessário que o clínico: “não ocupe esse lugar de saber, e sim de suposto saber. Escutar os pais a partir dessa posição significa devolver a eles ou, em alguns casos, construir com eles o próprio saber em relação ao filho, enfim, dar-lhes a palavra” (Loureiro, 2013, p. 101).

Assim, a autora indica que o lugar do psicanalista no trabalho com os pais deve ser o de um possibilitador de um espaço para que o saber parental advenha. Pavone e Abrão (2014) também indicam outro caminho importante deste trabalho, ao dizerem que a escuta dos pais se destina a escutar, também, o lugar que a criança ocupa no discurso parental, podendo fazer a leitura se há ali em seu discurso a possibilidade de supor algo em seu filho que esteja para além do déficit, podendo compreender, também, os efeitos que o diagnóstico orgânico tem sobre os pais. Na clínica com as deficiências, os três registros (Real, Simbólico e Imaginário) deverão também andar juntos para uma reconstrução frente ao real que o corpo orgânico marcado pelo déficit apresenta, construindo novas possibilidades simbólicas e imaginárias para a criança no fantasma parental:

A questão que fica é fundamentalmente como reinvestir em um corpo ‘cortado’, em um corpo imaginariamente ‘estragado’? Será fundamental que os pais possam reordenar o enlace entre esses registros Real, Imaginário e Simbólico, ou seja, entre o real do organismo, supondo imaginariamente um sujeito além das necessidades físicas, sustentados pelos significantes da cadeia simbólica familiar (Pavone & Abrão, 2014, p. 378).

A partir das questões anteriormente colocadas nesse escrito, considera-se que a construção da imagem do corpo para o bebê está relacionada com a formação do eu e posterior constituição do sujeito. É com esta compreensão que se sugere a necessidade de que algo opere

no psiquismo materno a fim de possibilitar um estreitamento, uma aproximação entre o bebê do imaginário materno e o bebê real, tornando possível que esse “novo” bebê habite o imaginário materno e que, a partir disso, possa também fazer parte da cadeia simbólica familiar. Assim, entende-se que um movimento duplo será necessário e poderá receber o suporte do clínico: por um lado, o bebê precisará estar permeável a que inscrições simbólicas possam incidir sobre ele; por outro, será necessária a disponibilidade materna para poder acolher o bebê que encontra, tomando-o como filho e elaborando o luto do filho imaginário, idealizado ao longo e mesmo antes da gestação. Dito de outra forma, para ganhar, será preciso poder perder: será na recusa da perda do filho idealizado que se tornará inviável a emergência do filho real. Para que o bebê tenha lugar no imaginário da mãe, isso dependerá da elaboração de sua própria ferida narcísica e da possibilidade em encontrar um destino para a resolução de seus próprios traumas e conflitos, como apontado por Mannoni (1964/1999).

4.2 Psicanálise, corpo e psiquismo

Ao discorrer sobre corporeidade, Dunker (2011) aponta que não há, em psicanálise, o que poderíamos chamar de uma teoria unificada sobre o corpo. Já não podemos negar, no entanto, a centralidade da questão do corpo para a psicanálise, ainda que sem dúvida este não seja um tema simplificável. Conforme sublinha o autor, podemos observar, ao longo da obra freudiana, em diferentes momentos e com diferentes ênfases a esse tema atribuídas, distintas considerações sobre o corpo. Ademais, Dunker (2011) diz perceber que a hipótese de que a noção de corpo em psicanálise seria aquela que recuse o corpo da medicina já não se mostra suficiente para dar conta da complexidade que essa questão provoca ao trabalho psicanalítico, sublinhando que o corpo não é um tema como qualquer outro.

Poderíamos propor ainda, com Freud, que longe de recusar o corpo-organismo da medicina, a psicanálise vai se ocupar do que resta dele justamente no ponto em que o saber médico não dará conta de seu próprio objeto de estudo. Assim, dizer que a psicanálise irá se ocupar do padecimento que está para além do corpo-organismo (corpo biológico da medicina) significa dizer que ela se ocupará do corpo, mas a partir não da ótica médica, e sim do olhar da psicanálise; não significa excluí-lo, mas compreender que esse corpo objeto da medicina não é a faceta pela qual o corpo será tomado na psicanálise.

Como dito anteriormente, para a teoria psicanalítica, no que tange às considerações sobre o corpo e à construção da imagem corporal, a ideia de um corpo unificado seria uma ilusão inatingível, ainda que necessária para os processos subjetivos que irão se suceder nos primórdios do psiquismo. A respeito disso, Dunker (2011) destaca a importância que recai justamente sobre essa ficção de unidade que, se por um lado é ilusória, por outro é indispensável para que a constituição subjetiva se estabeleça:

A psicanálise pode dispensar o sonho de uma teoria unificada sobre o corpo e suas afecções, porque ela se apresenta, cada vez mais, como uma teoria sobre o próprio fracasso da unidade deste corpo, atravessado por especialidades, discursos, narrativas, práticas e formas de tratamento. Ou seja, o que nos interessa é como se forma, a cada momento, e para cada um, esta ilusão aristotélica de que o corpo é Um. E o que acontece quando isso não acontece (Dunker, 2011, pp. 92-93).

É assim que a psicanálise irá também se ocupar, nas diferentes dimensões que isso implica, em compreender os processos que levam a uma impossibilidade de construção ficcional de corpo unificado, ou seja, a incapacidade de antecipação ilusória em termos simbólicos, imaginários e funcionais que possibilitam as construções futuras ao sujeito.

Cukiert e Prizskulnik indicam que, na perspectiva lacaniana, o corpo pode ser estudado a partir dos três registros fundamentais, que construiriam três pontos de vista complementares

sobre o corpo: no prisma do Imaginário, teríamos o corpo como imagem constituída a partir do outro; do ponto de vista do Simbólico, é possível situar o corpo marcado pelo significante, apontando para além de sua função de corpo vivo; já do ponto de vista do Real, o corpo pode ser concebido como sinônimo de gozo (Cukiert & Prizskulnik, 2002, p. 144). Além do que está posto pelas autoras, Greco acrescenta que, ao se referir ao corpo-gozo, Lacan está se remetendo ao corpo enquanto habitado pela libido (Greco, 2011).

A noção de que essas três perspectivas sobre o corpo são complementares se reafirma ao observarmos que, se um dos registros se encontrar ausente ou empobrecido nos processos constitutivos do eu, já aí poderíamos pressupor o comparecimento de algum obstáculo que poderá fazer sintoma no corpo do bebê. Será necessário, aí: que haja um outro que possibilite a emergência da imagem do corpo próprio; que aconteça o estabelecimento de inscrições significantes que demarcarão um lugar na trama simbólica que recebe o bebê; e, por fim, que este corpo seja também um corpo-gozo, o que marcará o sujeito no campo do desejo, podendo assim estabelecer com o Outro um circuito da pulsão.

Bergès (2008) assinala, a partir da teoria lacaniana do estágio do espelho, a relação existente entre a antecipação jubilatória no bebê e sua organização motora e postural, indicando que o que está antecipado nesse júbilo é precisamente a globalidade da imagem (ainda que ela seja sempre ilusória). O autor entende que a figura materna será sustentadora do funcionamento da função imatura do bebê, sendo a mãe quem “realiza o que o simbólico tem de antecipado” (Bergès, 2008, p. 43).

Podemos pensar essa questão retomando a cena de um menino, a quem chamarei de Júnior, que chega para avaliação psicanalítica aos três meses de idade. Ele vinha apoiado sobre um travesseiro, apresentando hipotonia e passividade extremas, além de um grande atraso em seu desenvolvimento: não buscava o corpo da mãe nem fazia quaisquer outras explorações corporais, sem sequer tentar movimentar a cabeça ou voltar seu olhar a algo, sem parecer que

os estímulos ao seu redor lhe despertassem o interesse. A mãe, claramente deprimida, parecia não dar conta de suportar a paralisia cerebral do filho, ocasionada por lesão em decorrência de uma anoxia perinatal⁵. Contava apenas sobre o filho idealizado que não era aquele que estava ali: o filho varão que viria para salvar o casamento. Porém, segundo a mãe, o diagnóstico de paralisia cerebral de Júnior fez o pai se afastar ainda mais, ficando fora de casa e não participando da vida familiar. Ao ver um filho que não correspondia às suas expectativas, a mãe parecia não conseguir construir um lugar para ele em sua narrativa, caindo ela própria em um lugar deprimido que já não tinha condições de investir em um objeto. Assim, não o olhava, não se dirigia a ele e nem parecia saber o que fazer com seu corpo amolecido sobre o travesseiro. A ausência do olhar materno demonstrava ter efeitos sobre o corpo de Júnior, que, ao não ser sustentado simbolicamente, não estava em condições de que uma mínima organização corporal acontecesse.

É nesse sentido que podemos compreender juntamente com Bergès que o suporte oferecido pelo olhar na mãe na antecipação simbólica, como apontado por Lacan, também se transcreverá na sustentação em ato da motricidade do bebê:

Dito de outra maneira, o imaginário do corpo especular é incapaz de suplementar a função imatura [...]. É deste lado que é preciso fazer o esforço: este funcionamento é de qualquer modo o campo de uma espécie de concorrência entre a imaturidade por um lado e o significante pelo outro; é aí que se deve pôr muitas discussões sobre o corpo e o eu (Bergès, 2008, p. 44).

Quando a sustentação da motricidade do bebê for possível através das ações maternas, a mãe realizará junto ao bebê aquilo que fora antecipado a nível do simbólico, sem poupar-lhe, é claro, do esforço de suas próprias conquistas motoras. Só assim será possível ao bebê sair da

⁵ Privação de oxigênio no cérebro no momento do parto.

incapacidade do imaginário especular para colocar em jogo o funcionamento de sua motricidade.

4.3 Luto e sustentação da função materna

Frente a uma perda de ordem narcísica, como o nascimento de um filho com deficiência, será necessário à mãe, como vem sendo posto neste escrito, a realização de um trabalho de luto do filho idealizado para que possa ser construído um lugar no qual o filho real seja recebido simbolicamente na família. Em seu texto *Transitoriedade*, Freud define luto como aquilo que se dá quando, na ocasião da perda de um objeto no qual o Eu investia sua libido, esta fica apegada ao objeto e não abdica ao objeto perdido mesmo quando há à sua disposição outros objetos substitutos (Freud, 1916/2010d). Pouco mais cedo, Freud (1915/2010b) já havia discutido o que está em questão no luto e na melancolia, trazendo que a grande diferença entre eles reside em que, na melancolia, há uma diminuição da autoestima que se expressa por uma desvalorização voltada ao próprio Eu. Freud assinala, assim, que, mesmo que ambos digam respeito à perda do objeto amado, uma diferenciação se faz necessária entre eles, indicando que a perda no luto seria de ordem consciente, enquanto na melancolia essa perda seria difícil de localizar. A melancolia, segundo Freud, diz muito mais da perda de um ideal do que propriamente da morte ou da perda concreta do objeto amado, estando situada a nível inconsciente e, muitas, vezes, sendo difícil até mesmo para o próprio paciente dizer o que foi perdido no objeto amado.

Freud indica ainda que os processos do luto e da melancolia possuem uma similaridade. Em ambos, para que ocorram, é necessário que o objeto perdido seja de grande significação para o Eu, e tanto um quanto o outro chegarão a um fim em determinado momento, a partir do que será possível o reinvestimento libidinal em novos objetos. Porém, o autor assinala diversas

vezes que, se no luto há uma perda relativa ao objeto, na melancolia essa perda diz respeito a algo que se situa no próprio Eu. Assim, ainda que em ambos os casos o investimento libidinal seja recuado ao Eu, na melancolia há uma identificação do Eu com o objeto abandonado, cuja sombra recai sobre o próprio Eu. Freud vai construindo uma hipótese de que a melancolia estaria relacionada com uma predominância de escolha de objeto narcísica, que aqui será lida de modo que, na melancolia, a perda do objeto diz respeito a uma *perda de ordem narcísica*. Desse modo, quando aqui é feita a referência ao *luto*, este diz respeito ao trabalho psíquico que será feito frente a uma perda, seja ela em uma vivência de luto ou de melancolia, conforme descrito por Freud (1915/2010b).

Em uma compreensão direcionada ao puerpério, a partir da revisão de literatura realizada por Teixeira (2007), podemos inferir que são diversas as causas que podem levar uma puérpera a vivenciar a depressão pós-parto. A autora aponta que, para além das causas conhecidas de depressão pós-parto (como histórico de transtornos de humor prévios ao nascimento do bebê, influência genética, estresse gestacional e mudanças fisiológicas específicas desse momento), pode-se observar alguns outros fatores significativos para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, a autora observa que a literatura coloca ênfase sobre a contribuição dos fatores psicológicos para o estabelecimento de quadros depressivos no puerpério, em contrapartida aos fatores ditos biológicos. Com relação aos fatores de risco para a predisposição à depressão nesse período, destaca-se aqui o “nascimento prematuro do bebê, ou quando esse bebê não corresponde, de alguma forma, às expectativas de seus pais (por exemplo, bebês com alguma síndrome ou deficiência orgânica)” (Teixeira, 2007, p. 304).

Retomando algumas considerações de Pavone e Abrão, as autoras apontam que o que está em questão no luto que acontecerá frente ao nascimento de uma criança com problemas orgânicos é o trabalho psíquico parental na elaboração desse luto, ou ainda, o que poderão fazer com essa perda que reatualiza questões relativas ao seu próprio Eu, lembrando que a experiência

de luto ressituará esses pais com a falta, a angústia de castração (Pavone & Abrão, 2014). Assim, as autoras vão indicando um importante caminho para pensarmos quais processos psíquicos estarão em jogo no luto materno frente a um filho com deficiência.

Além disso, para que esse luto seja possível, considera-se aqui que será necessário aos pais *viverem* esse luto, sem se furtarem do doloroso trabalho que estará aí implicado. No presente trabalho, consideramos a hipótese da existência de ao menos três posições psíquicas da mãe frente à deficiência do filho, as quais fazem frente à dificuldade de suportar a angústia gerada pelo diagnóstico, e assim em elaborar o luto do filho idealizado para que seja possível investir libidinalmente no filho do nascimento. Retoma-se aqui essa proposta, sendo as posições estabelecidas as seguintes: colagem ao discurso médico ou destituição do saber materno; negação da deficiência; depressão materna.

Na primeira, considera-se que a destituição do saber materno frente a um filho estranho, desconhecido, acarretaria a impossibilidade de retomada desse saber pela mãe, que não poderia supor algo sobre essa criança e, conseqüentemente, não conseguiria realizar o exercício de sua função (materna) na antecipação simbólica, imaginária e funcional da criança. Nessa posição, o investimento estaria muito voltado ao corpo biológico, buscando de certa forma reparar aquilo que falha nesse corpo. Entende-se que essa posição pode ser observada no recorte clínico referente à Nina, em que a busca incessante por um diagnóstico através de investigações genéticas e os inúmeros acompanhamentos que foram buscados para essa criança diziam de uma angústia insuportável para a mãe em não saber o que fazer com sua filha. Desse modo, algo do luto também foi impossibilitado de se resolver, ficando a mãe em certa medida presa em uma demanda de correção da filha imperfeita nas diferentes especialidades que buscava: a fonoaudiologia para fazer falar, a psicologia para fazer se relacionar, e assim por diante.

Já na segunda posição, considera-se que a negação da deficiência poderá se apresentar de diferentes formas, ainda que ao fundo digam respeito a uma mesma questão, que é: em

função da angústia intolerável que se apresenta aos pais, a deficiência do filho passa a ser reprimida da consciência para o inconsciente, podendo apenas aceder à consciência em forma de negativa, como elabora Freud a respeito do processo de negação (Freud, 1925/2011b). Ademais, ao tratar da questão da negação da deficiência, Fédida (1984) aponta que esta será uma condição muito desfavorável para o desenvolvimento daquele com deficiência. Como dito anteriormente, o autor situa que tal negação forjaria uma *falsificação da relação com o outro*, o que poderia levar a patologias na relação com o outro. Assim, considera-se aqui que, na posição de negação da deficiência, haveria uma tentativa de apagamento da marca da deficiência, e, portanto, o investimento no filho ficaria fixado pela via do imaginário, visto que o filho real não pode ser reconhecido nesse lugar de filiação, ficando as construções maternas presas a um filho idealizado. Essa posição muitas vezes aparece através de um “embonecamento” da criança que busca por seu fim encobrir, borrar ou apagar a marca da deficiência. Esse encobrimento que incide sobre o corpo também opera a nível simbólico, comparecendo através do discurso, como o caso de um antigo paciente meu, cuja mãe o trazia sempre muito arrumado, cada vez com um novo penteado de cabelo, com roupas novas e muito “estilosas”, e chamava bastante atenção para os adereços do menino, parecendo desviar o olhar do outro de seus traços sindrômicos para os adornos ou atributos extracorporais. Sempre muito contente com os elogios à imagem que seu filho transmitia, a mãe, orgulhosa, contava que “dizem que ele é tão bonitinho que não parece ter síndrome de down!”.

Por fim, na terceira posição psíquica materna frente à deficiência, a mãe que se encontra em uma posição depressiva face ao diagnóstico de deficiência parece não ter condições de realizar um investimento libidinal sobre seu bebê. Compreende-se aqui a mãe que entra em processo de luto, mas que ainda não encontrou a sua conclusão, indicando a necessidade de um suporte tanto para a mãe nessa elaboração quanto para o bebê, para que ele não fique desamparado pelo tempo que for necessário à mãe até que ela possa dispor novamente de sua

libido para investir sobre ele. No caso brevemente comentado de Júnior, parece ser nessa posição que sua mãe se encontra frente à deficiência do filho. Interessante apontar, a partir desse caso, que uma das predisposições à depressão seria o conflito conjugal, o qual já era presente nessa relação antes mesmo da concepção de Júnior, e que se agravou ainda mais com seu nascimento. Teixeira (2007, p. 303) indica que essa predisposição costuma estar presente, “pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento extra-bebê mais importante para a mãe no puerpério”. Nesse sentido, entende-se também o pai ou aquele que exerce sua função como importante figura no trabalho de intervenção a tempo com bebês e suas mães. No recorte clínico comentado, o nascimento desse bebê tudo tinha a ver com a relação conjugal, sendo ele claramente um presente da mãe para seu marido, o pai, que fora inclusive homenageado, dando ao bebê o mesmo nome de seu genitor. No momento em que esse presente se mostra estragado, o que tem essa mãe a oferecer a seu marido? Nesse caso, a influência da relação conjugal cada vez mais precarizada parece também ser decisiva para o não investimento materno sobre o bebê, dificultando o luto e a possibilidade de ressituar essa criança em seu desejo.

A partir das possíveis posições psíquicas da mãe frente à chegada de um bebê com deficiência, entende-se que o trabalho de intervenção psicanalítica com o bebê e sua mãe funcionará através da sustentação do exercício da função materna, propiciadora da articulação de seu desejo direcionado ao bebê. Nesse sentido, retomo aqui o que foi posto por Jacintho (2012) no que tange à função de sustentação do olhar materno. Entende-se que, no processo de elaboração do luto, o trabalho clínico atuará possibilitando a simbolização da perda sofrida ao mesmo tempo em que sustenta em ato o próprio desejo materno, construindo uma via possível para que um investimento no bebê da realidade seja possível. Nesse mesmo caminho, Jerusalinsky (2002) indica que a intervenção no trabalho clínico com bebês diz respeito a uma dupla operação, que implica não só em sustentar os processos subjetivos através da articulação

dos três registros em ato com o bebê, mas também abrir um caminho que convoque os pais a retomarem seu lugar e possam eles próprios realizar essa sustentação junto à criança:

[...] a intervenção do clínico não se reduz a ser ele quem produza uma loucura necessária, a ser ele quem sustente [...] a articulação temporal – real, simbólica e imaginária – constituinte do sujeito e instauradora do desenvolvimento [...] tal intervenção aponta também a realizar intervenções, cortes de sentido e escanções no discurso parental, para que os pais possam vir a ocupar seu justo lugar e sustentar tal articulação temporal para o filho (Jerusalinsky, 2002, p. 134).

Assim, pode-se entender o trabalho clínico com bebês com deficiência como um trabalho de sustentação do desejo materno, a partir da própria sustentação das funções materna e paterna, de modo que o psicanalista irá na cena clínica operar “como um agente articulador do circuito de desejo e demanda que possa vir a repuxar a corda pulsional do bebê e enlaçá-la ao campo do Outro” de modo que os próprios pais possam “situar-se como agentes das funções materna e paterna para o bebê” (Jerusalinsky, 2002, p. 134). Assim, o trabalho do clínico com bebês implicará uma presença que faça circular o desejo e possibilite através de uma sustentação a operação das funções materna e paterna, sem ele próprio realizá-las, podendo também fazer-se ausente para que o saber materno seja autorizado e se mobilize na cena do atendimento.

Considerações Finais

Dos lugares possíveis de subjetivação para o bebê com deficiência:

ser além da marca orgânica

Como ponto de partida desse momento de conclusão, é possível compreender, a partir das contribuições de diferentes autores aqui articuladas nesse escrito, que o trabalho com crianças com deficiência se mostra um campo vasto e complexo, que deve ser compreendido em suas especificidades sem que, ao mesmo tempo, se coloque esses sujeitos em uma condição incapacitante, ou seja, sem que se os reduza à sua própria doença. Entende-se que, se por um lado a psicanálise compreende a constituição do sujeito a partir de bases que são as mesmas, não podemos ignorar que as questões que estão colocadas nos processos constituintes para o bebê com deficiência carregam impasses característicos que devem ser escutados com o devido cuidado.

Para além disso, é importante retomar o olhar da psicanálise à maternidade. Entende-se que o nascimento de um bebê implica processos que envolvem uma estrutura familiar e social, que está para além da figura materna, e sobre tal estrutura se apoia a constituição psíquica do bebê. A função materna é, assim, uma das funções exercidas nesse processo, a qual também não depende exclusivamente da mãe, sendo possível se compreender a figura do cuidador primordial como aquela pessoa que exercerá tais cuidados. A proposta de olhar para a relação do bebê com sua mãe, aqui, compreende a proximidade física e subjetiva entre aquele que exerce a função do Outro primordial e seu bebê, e conseqüente valor dessa figura nos primórdios da vida da criança. A partir disso, pode-se pensar que efeitos o sofrimento desde um diagnóstico orgânico terá para um e para outro nessa relação. Esse olhar aponta também para a necessidade, no âmbito da saúde pública, em se acolher essas mães compreendendo a situação

muitas vezes fragilizada em que elas se encontram, para que elas não se encontrem sozinhas, como muitas vezes acontece. A partir daí, parte-se para algumas considerações iniciais.

Entendendo que todo bebê, ao nascer, nunca fará jus ao bebê idealizado da fantasia parental, pode-se concluir que a toda mãe será necessário um trabalho de reelaboração de suas expectativas para poder receber esse bebê em sua fantasia. Na deficiência, esse trabalho implicará muitas vezes o abdicar da fantasia de que o filho poderá ser o realizador daquilo que os próprios pais não deram conta, ou ainda, poder suportar a dura realidade de que possivelmente ele não irá concretizar os sonhos que não foram possíveis aos próprios pais realizarem, para retomarmos Freud (1914/2010c). Quando o diagnóstico é realizado intraútero, este implicará ainda outras questões muito particulares. O diagnóstico gestacional de problemas orgânicos no bebê possibilita, por um lado, que haja algum tempo para a mãe elaborar a perda que isso implica; por outro, poderá produzir grandes perturbações para a gestante, acentuando suas fantasias de destruição e despertando nela sentimentos intensos de vergonha, culpa e asco, visto que o bebê habita o corpo materno concretamente nesse momento.

Assim, buscando debater sobre como o sofrimento materno se produz frente ao problema orgânico do filho, foi possível – a partir da literatura e dos fragmentos clínicos trabalhados nesse estudo – propor três hipóteses sobre a posição materna face ao diagnóstico de deficiência de seu bebê. Elas serão retomadas para que se possa fazer algumas considerações mais específicas em torno de cada uma delas, resgatando também algumas pontuações importantes que foram articuladas nesse escrito.

A primeira, em que há uma **destituição do saber materno** sem conseguir reavê-lo, caracteriza-se pelo fato de que muitas vezes a mãe fica colada ao saber e ao discurso médico, o que contribui para que o bebê fique reduzido ao diagnóstico orgânico. Nessa posição, compreende-se que o investimento materno está direcionado ao ponto, no corpo do bebê, em que comparece a doença. Faz-se necessário lembrar que a doença orgânica tende a fazer com

que haja a perda do interesse pelo mundo externo, sendo a libido do doente direcionada ao ponto em seu corpo que padece do adoecimento (Freud, 1914/2010c).

Ao pensarmos na indiferenciação somatopsíquica entre a mãe e o bebê, podemos compreender que não será apenas o bebê que, frente a uma dor e/ou padecimento orgânico, poderá perder o interesse nos objetos do mundo – o que por si só indica a possibilidade de que as explorações do neonato em relação ao seu entorno sejam prejudicadas. Significa, também, que a própria mãe poderá perder o interesse no mundo, e até mesmo em seu bebê, ficando completamente voltada à doença do filho. Entende-se que, com a impossibilidade de investimento libidinal, com a destituição de seu saber sobre o filho e com a colagem nas determinações do discurso médico, será difícil para a mãe supor e antecipar realizações relativas ao bebê – o que é bastante observado na clínica, aparecendo em mães que não conversavam com a bebê porque “o médico disse que nunca iria falar”, ou que não incentivam certas conquistas de autonomia porque “as crianças com síndrome de down não sabem amarrar os sapatos”, por exemplo.

A segunda posição diz respeito à **negação da deficiência** e consequente tentativa de apagamento da marca no corpo do filho – nesse caso, compreende-se que há uma valorização do imaginário, fazendo com que o investimento na imagem idealizada através da negação acabe também dando ênfase à localização do déficit no corpo da criança. Nesse ponto, é importante indicar que se entende que a denegação da deficiência em certa medida será necessária e se dá por uma função da amortização do afeto, a fim de que seja possível aos pais falar da dor que os ameaça (Loureiro, 2013).

Assim, entende-se que não é possível olhar para a doença o tempo todo, sendo necessário esquecer a doença para que seja possível falar do filho. No entanto, será imprescindível que em algum momento o sujeito possa comparecer, de modo que a denegação dê lugar a esse sujeito – de outro modo, o filho ficará preso em um lugar imaginário também

inexistente. A partir dessa posição materna, ainda que aqui se observe crianças em geral mais funcionais, compreende-se o prejuízo que esse excesso de imaginário poderá causar para a criança, havendo muitas vezes um transbordamento desse imaginário que coloca outros obstáculos para ela, em especial com relação ao estabelecimento de limites e construção das relações com seus pares.

Por fim, temos a **posição depressiva materna**, da qual decorre a impossibilidade de investimento sobre o filho, ocasionando um *não olhar* para o bebê. Ao falar sobre o papel do olhar do Outro na instauração da imagem do corpo no bebê, Laznik (2004) indica já de partida que o olhar é um dos principais sinais a serem observados na relação entre uma mãe e seu filho durante os primeiros meses de vida da criança, apontando para a importância do estabelecimento dessa relação especular com o Outro. Entende-se assim que essa ausência materna (em contraposição à presença, como a função do olhar é compreendida aqui) implica graves consequências para as possibilidades de inscrições psíquicas para o bebê. Considera-se que, nessa posição, a mãe está siderada pelo diagnóstico, colada às impossibilidades que ele apresenta ao seu bebê, sem poder assim construir novas possibilidades para ele em sua fantasia. Assim, pontua-se que, ainda que essa compreensão sobre os limites do orgânico seja necessária, por outro lado, essa reabertura para outras perspectivas sobre o filho se mostra fundamental:

Reconhecer as limitações impostas pelo quadro orgânico é necessário, pensar em limites e possibilidades, nestes casos, é importantíssimo. Os pais e a criança terão de reconhecer o que marca o real do corpo, e terão de supor uma criança para além do déficit, da marca (Pavone & Abrão, 2014, p. 384).

A partir dessa exposição, considera-se que não há uma posição “mais grave” ou “pior” que a outra, entendendo-se que todas elas falam de um sofrimento que persiste frente à deficiência do filho, exigindo que uma escuta seja realizada, de modo a oferecer suporte para a elaboração das questões que estão produzindo tais percalços.

Neste estudo, investigou-se também a questão da debilidade, entendendo esta como uma posição do sujeito no desejo do Outro, que se apresenta como um Outro sem furo. Ainda que essa posição subjetiva não diga respeito, na teorização psicanalítica sobre o tema, exclusivamente a crianças com deficiência, entende-se que esta poderá ser uma posição que o sujeito tomará ao se ver situado frente a um Outro que não se deixa permear pela falta.

Isso pode ser facilmente relacionado às duas primeiras posições da mãe frente à deficiência. Na primeira delas, a debilidade se apresenta em virtude de a angústia materna levar muitas vezes a respostas que encerrem um saber sobre a doença do filho – saber do qual a mãe muitas vezes se apropria, ainda que seu próprio saber materno esteja em xeque. Na segunda posição, ela se apresenta em razão de a mãe não abrir mão do filho idealizado, impossibilitada de lidar com a falta que a doença do filho real lhe proporciona. A partir dessas colocações, questiona-se a possibilidade de pensar que a debilidade na deficiência viria suprir a função da *mancha* como anteparo entre o olhar e o sujeito, entendendo esta como uma saída do sujeito frente ao Outro para quem sua deficiência se faz insuportável. Levando em conta essa hipótese, compreende-se que será necessário que outro anteparo seja construído na relação com o Outro para que seja suportável *olhar* para o sujeito sem que ele precise estar destituído de sua verdade e de seu desejo.

Para além das questões já apontadas, parece oportuno tomar a questão da autonomia em sua relação com a debilidade ao falarmos da constituição subjetiva da criança com deficiência. Se está dado que, na debilidade, a criança fica imobilizada na verdade do outro, incapaz de construir seu próprio saber, questiona-se como ficariam aí suas possibilidades de ser no mundo. Sabe-se que, ao longo dos anos, a evolução das práticas clínicas e sociais voltadas às pessoas com deficiência (em especial a deficiência cognitiva) vem possibilitando que outra aposta se estabeleça para esses sujeitos. Com isso, a própria relação dos pais com seus filhos parece se modificar, sendo possível a retirada, para muitos, desse lugar de superproteção de um filho que

era visto muitas vezes como incapaz de construir sua autonomia. Por vezes, contudo, essa aposta não é possível, ou mesmo é obstaculizada não apenas pelos pais, mas pelas próprias intervenções pedagógicas e terapêuticas que visam à normalização dos corpos ao invés de suportar nessas crianças sujeitos de desejo com seus próprios saberes (Maleval, 2017).

Maleval (2017) indica a autonomia como algo que não pode ser ensinado ao sujeito, apontando, a partir da experiência de sujeitos autistas, que o desenvolvimento cognitivo não necessariamente é acompanhado de um ganho de autonomia. Nesse sentido, o autor entende que, para que a autonomia se construa, será necessário algo além do movimento do próprio sujeito, que diz respeito ao Outro permitir que essa construção aconteça sem tomar uma posição de superproteção que obstaculize tal movimento. Assim, questiona-se a debilidade como uma posição que acarretaria um obstáculo na construção da autonomia do sujeito com deficiência.

Retomando os primeiros meses de vida do bebê como tempo privilegiado da construção de vínculo com o Outro e do papel dessa relação para o estabelecimento do eu no bebê, entende-se, a partir das articulações trazidas nessa dissertação, que, ainda que seja necessário tempo para que a mãe possa vivenciar seu luto, a primeira infância é um momento crucial da constituição psíquica do bebê, o qual não pode esperar. O Real que a deficiência presentifica parece, assim, produzir um atropelo sobre esse trabalho psíquico natural e necessário frente ao nascimento de todo bebê. Quando as inscrições precoces sobre o psiquismo do bebê estão ameaçadas, não é possível apenas “dar tempo ao tempo” e esperar que a mãe esteja em condições de investir em seu filho – é nesses casos que a intervenção se faz necessária.

A partir daí, compreende-se que o clínico deverá realizar um papel de meio de campo no trabalho com bebês, sendo articulador e sustentador do próprio laço parental com o bebê. Ao mesmo tempo, o psicanalista não poderá cair na armadilha de atender à demanda que lhe for colocada, seja a de “reparar” o bebê (Jerusalinsky, 2002), no caso da busca de um especialista que saiba o que fazer com esse bebê (destituição do saber materno), seja a de deixar-

se entreter por uma bebê excessivamente imaginarizado que impede o olhar para a deficiência, ou ainda a de tomar o bebê a seus cuidados, quando da posição depressiva materna, como se fosse seu próprio bebê.

Ainda que pareçam tolos tais indicativos, considera-se que o clínico não está isento de ser capturado em nenhuma dessas emboscadas nas quais a demanda pode vir a solicitá-lo através da transferência. O clínico precisará estar atento aos diferentes indicativos que os cuidadores dos bebês vão apresentando na cena de atendimento, entendendo as sutilezas que essa escuta implica e as consequências para o bebê caso estes sinais não sejam lidos através de uma escuta atenta.

Na medida em que não supõem o bebê como suficientemente capaz para responder, não se aventuram a dirigir-lhe, nos cuidados da vida cotidiana, nem antecipações funcionais, nem a interrogação por seu desejo [...]. Que o clínico possa sustentar o endereçamento de antecipações funcionais articuladas à suposição de sujeito que situem o bebê como capaz de certas realizações arma o marco desde o qual o bebê poderá vir a ter acesso a certas aquisições e, aos pais, reposicionarem-se diante das mesmas (Jerusalinsky, 2002, p. 143).

Por fim, reconhecendo que a clínica psicanalítica dos problemas orgânicos é ampla e muito complexa, constata-se que diferentes questões precisam ser levadas em conta, sem que haja uma simplificação desses casos, para que um trabalho possa ser realizado no sentido de viabilizar a suposição de um sujeito desejante e, assim, autônomo e capaz de suas próprias construções e saberes. Além disso, aponta-se como fundamental o amparo materno, para que a mãe esteja em condições de se colocar nessa relação; se este amparo não puder acontecer no âmbito familiar, ele precisará estar presente em outros espaços, no âmbito social, inclusive no de um acompanhamento clínico. As intervenções realizadas por um clínico deverão ir no sentido de construir um lugar para o bebê na fantasia materna, sem reduzi-lo à sua condição

orgânica, sem negar sua deficiência e sem que a mãe fique anestesiada frente ao luto. Entende-se, assim, que é direção do trabalho com bebês com deficiência que eles possam ser *além* da marca orgânica em seu corpo, ainda que jamais possam ser *sem* ela.

Referências

- Alberti, S.; & Miranda, E. da R. (2002). A debilidade mental na estrutura. *Psychê* 6(9), 33-53.
<https://www.redalyc.org/pdf/307/30700904.pdf>
- Amaral, L. A. (1996). Deficiência: questões conceituais e alguns de seus desdobramentos. *Cadernos de Psicologia* (1), 3-12.
<https://www.cadernosdepsicologia.org.br/index.php/cadernos/article/view/55>
- Amiralian, M. L. T., Pinto, E. B.; Ghirardi, M. I. G., Lichtig, I., Masini, E. F. S., & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública* 34(1), 97-103. DOI: [10.1590/S0034-89102000000100017](https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000100017).
- Andrade, M. L. A. & Soléra, M. O. (2006). A deficiência como um “espelho perturbador”: uma contribuição psicanalítica à questão da inclusão de pessoas com deficiência. *Mudanças – Psicologia da Saúde* 14(1), 85-93. DOI: [10.15603/2176-1019/mud.v14n1p85-93](https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v14n1p85-93).
- Aragão, R. O. de. (2007). A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Azevedo, E. C., & Moreira, M. C. (2012). Psiquismo fetal: um olhar psicanalítico. *Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul* 1(2), 64-69.
<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/73>
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Bergès, J. (2008). O corpo – eixo do corpo, eixo do simbólico. In: *O corpo na neurologia e na psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças* (pp. 23-156). CMC.
- Bianco, A. C. L. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF* 8(2), 115-123. DOI: [10.1590/S1413-82712003000200003](https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200003).

- Castro, G. G., Nascimento, L. C. G., & Figueiredo, G. L. A. (2020). Aplicabilidade da CIF-CJ na avaliação de crianças com deficiências e o apoio familiar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista CEFAC* 22(1), e11518. DOI: [10.1590/1982-0216/202022111518](https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022111518).
- Coelho Jr., N. E. (2001). A noção de objeto na psicanálise freudiana. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* 4(2), 37-49. DOI: [10.1590/S1516-14982001000200003](https://doi.org/10.1590/S1516-14982001000200003).
- Cohen, D. et al. (2011). Acompanhamento ecográfico pré-natal de gravidez com suspeitas de má-formações: estudo do impacto sobre as representações maternas. In: *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (M. C. Laznik & D. Cohen, org., pp. 35-44). Instituto Langage.
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e Clínica de Bebês: A Psicanálise na Clínica de Bebês e Crianças Pequenas*. Artes e Ofícios Ed.
- Cukiert, M., & Prizskulnik, L. (2002). Considerações sobre eu e corpo em Lacan. *Estudos de Psicologia* 7(1), 143-149. <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10961.pdf>.
- Davoudian, C. (2013). Perturbações psicossomáticas do bebê e sofrimento maternal pré-natal. In: *Do que fala o corpo do bebê* (I. K. Marin, & R. O. Aragão, org., pp. 151-163). Escuta.
- Diniz, D.; Barbosa, L., & Santos, W. R. (2009). Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos* 6(11), 65-77. DOI: [10.1590/S1806-64452009000200004](https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004).
- Dunker, C. I. L. (2011). Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. In: *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise* (H. H. A. Ramirez, T. C. Assadi, & C. I. L. Dunker, org., pp 87-129). Annablume.
- Farias, N. & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e

Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 8(2), 187-193.

<https://www.scielo.org/article/rbepid/2005.v8n2/187-193/pt/>.

- Fédida, P. (1984). A negação da deficiência. In: *A Negação da Deficiência: A Instituição da Diversidade* (pp. 137-147). Achiamé & Socius.
- Freud, S. (1988). La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. In: *Obras Completas: Cinco conferencias sobre psicoanálisis – Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras* (Vol. 11, pp. 205-216). Amorrortu Editores. (Originalmente publicado em 1910).
- Freud, S. (2010a). Introdução ao narcisismo. In: *Obras Completas: Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12, pp. 13-50). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (2010b). Luto e melancolia. In: *Obras Completas: Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12, pp. 170-194). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (2010c). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)*, artigos sobre a técnica e outros textos (Vol. 10, pp. 147-162). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2010d). Transitoriedade. In: *Obras Completas: Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12, pp. 247-252). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1916).
- Freud, S. (2011a). A dissolução do complexo de Édipo. In: *Obras Completas: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos* (Vol. 16, pp. 203-213). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1924).

- Freud, S. (2011b). A negação. In: *Obras Completas: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos* (Vol. 16, pp. 275-282). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1925).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In: *Obras Completas: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos* (Vol. 17, pp. 13-123). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1926).
- Freud, S. (2017). As pulsões e seus destinos. In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Autêntica Editora (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (2020). Além do princípio do prazer [Jenseits des Lustprinzips]. *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Autêntica Editora. (Originalmente publicado em 1920).
- Garcia, V. G. (2010). *Pessoas com deficiência e o mercado de trabalho – histórico e contexto contemporâneo* [Tese de Doutorado, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas].
- Greco, M. (2011). Os espelhos de Lacan. *Opção Lacaniana Online* 2(6), 1-13.
http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_6/Os_espelhos_de_Lacan.pdf.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é a pesquisa psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* 6(1), 115-138. DOI: [10.1590/S1516-14982003000100007](https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007).
- Jacinto, A. L. (2012). Clínica da prevenção: o olhar sobre o corpo do bebê. *Estilos da clínica* 17(2), 242-261. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Jacobsohn, L. (2014). CIF-CJ (OMS): Um instrumento universal para avaliar o perfil de funcionalidade da criança. In: *Estudos em desenvolvimento motor da criança VII* (C. Neto, J. Barreiros, R. Cordovil, & F. Melo, org., pp. 55-61). Edições FMH.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Ágalma.

- Jesus, C. M. S.; Jucá, V. J. dos S. & Barbosa, A. S. (2014). Maternidade, sofrimento psíquico e redes sociais. *Revista EPOS* 5(2).
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000200006.
- Jorge, M. A. C. (2005). Pulsão e Falta: o Real. In: *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan* (pp. 17-64). Zahar.
- Lacan, J. (1974). *A terceira*. [Trad. A. T. Ribeiro, circulação interna da Escola Letra Freudiana]
- Lacan, J. (1974-1975). *O Seminário, livro 22*: R.S.I. [circulação restrita]
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos* (pp. 97-103). Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1949).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Zahar. (Originalmente publicado em 1964).
- Lacan, J. (2009). *O Seminário, livro 1*: os escritos técnicos de Freud. Zahar. (Originalmente publicado em 1953-1954).
- Laznik, M. C. (1999). Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (D. B. B. Wanderley, org., pp. 129-140). Ágalma.
- Laznik, M. C. (2004). Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional – Quando a alienação faz falta. In: *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito* (pp. 49-68). Ágalma.
- Loureiro, L.L. (2013). Com a palavra: os pais. In: *Deficiência Múltipla: múltiplas interlocuções, interlocuções em rede* (B. G. Kreisner, C. Camponogara, L. L. Loureiro, & P. G. Kreisner, org., pp. 97-103). Oikos.

- Maior, I. (2015). *História, conceito e tipos de deficiência*. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo.
- <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>.
- Maleval, J-C. (2017). *O autista e sua voz*. Blucher.
- Mannoni, M. (1999). *A Criança Retardada e a Mãe*. Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1964).
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP.
- Organização das Nações Unidas – ONU. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. https://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/Ch_IV_15.pdf.
- Pavone, S. & Abrão, L. V. (2014). Quando um déficit ou doença orgânica bate à porta do imaginário parental – Os efeitos na constituição subjetiva da criança. *Distúrbios da comunicação* 26(2), 373-385.
- <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/15598>
- Rothstein, S. W. (2013). Corpos em transparência: útero-feto-psiquismo. In: *Do que fala o corpo do bebê* (I. K. Marin, & R. O. Aragão, org. pp. 115-125). Escuta.
- Santos, B. de S. & Nunes, J. A. (2003). Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo* (pp. 25-68). Civilização Brasileira.
- Sasaki, R. K. (2003). Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. In: *Mídia e deficiência* (V. Vivarta, coord., pp. 160-165). Andi/Fundação Banco do Brasil.
- Solomon, A. (2013). *Longe da árvore: pais, filhos e a busca da identidade*. Companhia das Letras.

Tavares, E. E. (2013). O espelho quebrado. In: *Deficiência Múltipla: múltiplas interlocuções, interlocuções em rede* (B. G. Kreisner, C. Camponogara, L. L. Loureiro, & P. G. Kreisner, org., pp. 88-96). Oikos.

Teixeira, G. F. (2007). Depressão Materna e sua Repercussão na Relação Inicial Mãe-Bebê. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade* 2, 300-309.

<http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo88.pdf>.

Tomaz, R. (2015). Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. *Galáxia* (29), 155-166. DOI: [10.1590/1982-25542015120031](https://doi.org/10.1590/1982-25542015120031).

Vorcaro, A., & Lucero, A. (2011). A criança e a debilidade mental: uma abordagem lacaniana. *Psicologia USP* 22(4), 813-832.

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642011000400007.