

## Dossiê

### **Contribuições possíveis da psicanálise à educação precoce: o protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)**

**Daniela de Lima Campos; Viviane Neves Legnani; Sandra Francesca Conte de Almeida; Amanda Cabral dos Santos**

**Resumo.** O artigo apresenta uma pesquisa de orientação psicanalítica sobre atendimentos educacionais/terapêuticos realizados na Educação Precoce, serviço educacional especializado oferecido pela Secretaria de Educação do Distrito Federal a crianças de zero a três anos e onze meses de idade, com atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor. Neste estudo, duas crianças com Síndrome de Down foram observadas em atendimento. Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) foram aplicados e as mães dos bebês foram entrevistadas. A finalidade do estudo e do presente artigo é salientar que determinadas intervenções educativas podem reproduzir junto aos pais o saber de especialistas advindos do discurso da ciência, o qual, em muitas circunstâncias, não só anula o saber parental como também eclipsa o lugar de sujeito da criança. O estudo destaca que a psicanálise pode apresentar-se como um aporte conceitual relevante para os profissionais que atuam na Educação Precoce e na Educação Infantil, pois os convoca à atitude de abertura à escuta, à fala e às observações das interações mãe-criança, de modo a localizar a posição que a criança ocupa na dinâmica materna e familiar, levando em conta a singularização dos pequenos sujeitos e subvertendo a lógica da padronização, da medicalização e da patologização.

**Palavras-chave:** educação precoce; psicanálise; risco psíquico, IRDI.

### **Posibles contribuciones del psicoanálisis a la educación temprana: el protocolo Indicadores Clínicos de Riesgo para el Desarrollo Infantil (IRDI)**

**Resumen.** El artículo presenta una investigación de orientación psicoanalítica sobre asistencia educativa/terapia realizada en educación temprana, servicio educativo especializado ofrecido por el Departamento de Educación del

---

\* Professora da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil. E-mail: [danieladelimacampos@gmail.com](mailto:danieladelimacampos@gmail.com)

\*\* Psicanalista. Professora-associada da Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. E-mail: [vivilegnani@gmail.com](mailto:vivilegnani@gmail.com)

\*\*\* Psicanalista. Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e Professora convidada do Centro Universitário de Brasília (UniCeub), Brasília, DF, Brasil. E-mail: [sandrafc Almeida@gmail.com](mailto:sandrafc Almeida@gmail.com)

\*\*\*\* Professora da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso de Goiás, GO, Brasil. E-mail: [amandacabral@senaaires.com.br](mailto:amandacabral@senaaires.com.br)

Distrito Federal – Brasil, a niños de 0 a 3 años y 11 meses de edad con retraso en el desarrollo. En este estudio dos niños con síndrome de Down, se aplicaron el protocolo IRDI o los indicadores clínicos de riesgo para el desarrollo infantil y se entrevistó a las madres de los bebés. El propósito del estudio es señalar que las intervenciones educativas también pueden reproducir con los padres el conocimiento de especialistas del discurso de la ciencia que, no solo anula el conocimiento de los padres, sino que también eclipsa la posición de sujeto del niño. El estudio destaca que el psicoanálisis puede presentarse como una contribución conceptual relevante para los profesionales que trabajan en la educación temprana, sino también en la educación de la primera infancia, ya que los llama a la actitud de apertura a la escucha, al habla y a las observaciones de las interacciones madre-hijo, de para ubicar la posición que ocupa el niño en la dinámica materna y familiar, teniendo en cuenta la singularización de los sujetos pequeños y subvirtiendo la lógica de estandarización, medicalización y patologización.

**Palabras-clave:** estimulación temprana; psicoanálisis; riesgo psíquico, IRDI.

### **Possible contributions of psychoanalysis to early education: The Clinical Risk Indicators for Child Development (IRDI) Protocol**

**Abstract.** The article presents a psychoanalytic research about educational/therapeutic attendance, carried out at early Education, a specialized educational service offered by the Federal District Department of Education – Brazil, to children from 0 to 3 years and 11 months of age with neuropsychomotor developmental delay. In this study two children with Down syndrome were observed. The IRDI protocol or clinical indicators of risk for child development were applied and the mothers of the babies were interviewed. The purpose of this study is point out that Educational interventions can also reproduce with parents the knowledge of specialists from the discourse of science, which, in many circumstances, not only nullifies parental knowledge, but also eclipses the child's subject position. The study highlights that psychoanalysis can present itself as a relevant conceptual support for professionals who work in early education, because it calls them to the attitude of openness to listening, speech and observations of mother-child interactions in order to locate the place, the position that the child occupies in the maternal and family dynamics, taking into account the singularization of small subjects and subverting the logic of standardization, medicalization and pathologization.

**Keywords:** early stimulation; psychoanalysis; psychic risk, IRDI.

O presente artigo resulta de uma pesquisa sobre atendimentos educacionais/terapêuticos realizados na Educação Precoce, Programa Especializado Educativo, já em curso há mais de 30 anos na Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. São usuários desse Programa crianças de 0 a 3 anos e 11 meses de idade com alguma patologia e/ou deficiência que pode produzir impasses em seus processos de desenvolvimento cognitivo, psicoafetivo e social.

É importante registrar a importância desse atendimento para os sujeitos no ambiente escolar, pois cabe à escola exercer a função de despatologização das vicissitudes do desenvolvimento e do aprendizado e por ser um lugar social fundamental previsto para a infância. Percebe-se nesse Programa uma maior adesão dos pais ao tratamento das crianças e uma menor resistência de levá-lo a efeito, contrariamente ao que acontece em outros espaços institucionais de atendimentos clínico-médicos e psicológicos.

Neste estudo, foram observadas duas crianças com síndrome de Down e participantes do Programa desde os 15 dias de vida. Utilizamos o IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil - como protocolo da observação. O valor desse instrumento clínico está em detectar uma tendência de risco no desenvolvimento infantil, como assinalam os autores que o elaboraram, tendo como base os pressupostos psicanalíticos. Sua função é “permitir a localização a tempo de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais rico e criativo, com muito menos sofrimento” (Kupfer, Jerusalinsky, Bernardino, Wanderley, Rocha, Molina & Stellin, 2009, p. 60).

Conforme os autores supracitados, o IRDI foi validado originalmente para o acompanhamento do desenvolvimento psíquico de bebês por pediatras e é composto por 31 indicadores, os quais foram validados e demonstraram ter valor preditivo de problemas de desenvolvimento. É aplicado nos primeiros 18 meses de vida e possui quatro eixos teóricos direcionados para avaliar a constituição do psiquismo dos bebês por meio de reações que comparecem na dupla mãe- bebê.

Os eixos teóricos são os seguintes: SS= Suposição de Sujeito / ES= Estabelecimento de Demanda / PA= Presença ou Ausência / FP= Função Paterna. Os referidos eixos, quando ausentes nos indicadores situacionais, irão apontar possíveis riscos no desenvolvimento infantil. O eixo “Suposição de sujeito (SS)” caracteriza uma antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê. O segundo eixo, “Estabelecimento da demanda (ED)”, destaca as reações que o bebê apresenta, tais como o choro, por exemplo, que são reconhecidas pela mãe como um pedido da criança dirigido a ela. Já o eixo “Alternância presença/ausência” (PA) caracteriza o ritmo das ações maternas que proporcionam cuidados e prazer à criança. Este deve alternar-se entre presente e ausente para que o bebê possa se colocar como um sujeito de demandas. Por fim, o último eixo, “Função paterna” (FP), que demarca o lugar de terceira instância ao interferir subjetivamente na dupla mãe-bebê, criando as condições para a operação psíquica de separação da criança da figura materna, de modo que ela possa se orientar para a dimensão social e construir um lugar próprio no campo da linguagem (Kupfer et al., 2009).

Na nossa pesquisa, além da utilização do protocolo IRDI foram realizadas entrevistas com as mães dos bebês observados para apreendermos e refletirmos sobre as histórias das crianças e a construção simbólica do seu lugar na dinâmica familiar. Esse espaço de fala e escuta nos possibilitou testemunhar a produção de uma narrativa singular sobre como cada mãe construiu o *holding* junto ao bebê, ou seja, como cada uma percebia as necessidades da criança e como as satisfazia. Também pudemos averiguar como percebiam o tempo da criança, o ritmo, sua intensidade, suas modulações (Brezolin & Pinheiro, 2011).

## **O bebê: da idealização à subjetivação**

O corpo do bebê é constituído por meio de marcas simbólicas que o Outro (representado inicialmente por quem exerce a função materna) irá imprimir nas diferentes funções orgânicas. Por conseguinte, os efeitos dessas marcas organizam o funcionamento do corpo e do psiquismo do *infans*. O pequeno sujeito, para vir a ser marcado por esse Outro, deve ser idealizado por ele, imaginariamente, antes mesmo de nascer.

É necessário salientar que essas marcas imaginárias e simbólicas terão forte impacto e irão imprimir singularidades na parentalidade e, portanto, nas funções orgânicas e simbólicas do bebê. O olhar idealizador dos pais sobre a criança irá constituí-la subjetivamente e o bebê, nessa dialética, com suas características e manifestações, como o choro, o se deixar embalar para dormir, o relaxamento ao ser alimentado e cuidado, etc., também produzirá impactos no psiquismo dos pais para continuarem a cumprir com suas funções parentais.

Zornig (2010) aponta que a estruturação do corpo/psiquismo é atravessada pelo inconsciente e pelo desejo dos pais: “a pré-história da criança se inicia na história individual de cada um dos pais; o desejo de ter um filho reatualiza as fantasias de sua própria infância e do tipo de cuidado parental que puderam ter” (p. 456). Dessa forma, o encontro dos pais com seu filho recoloca

em cena um encontro com a criança que um dia foram e com a idealização da criança que poderiam ter sido.

Essa cena familiar, inicialmente desencadeada pela função materna, estará sempre articulada à função paterna, ou seja, a mãe suficientemente boa “é aquela em que funcionou a função paterna, cuja marca faz com seja possível desejar o bebê porque algo lhe falta, porque não se sente completa, e na sua estruturação algo ficou em haver, supostamente preenchível por esse filho” (Bernardino, 2006, p. 32).

A referida autora assinala que antes de falar por si próprio o bebê é falado e desejado e é necessário, então, que ele se aliene no desejo e nas palavras do Outro para poder ter sua própria existência simbólica. Assim, a *alienação* é essencial para a constituição do sujeito, visto que o bebê é tomado pela mãe como objeto de desejo e desse lugar pode mergulhar no campo de significantes por ela disponibilizado até conseguir operar a *separação* do Outro materno. Tal operação será possível por meio da constatação de que há falta no Outro, o que permitirá ao *infans* acolher a própria falta. Essa dupla operação lógica de alienação/separação é essencial para o bebê não só para se referenciar no tempo, no espaço e socialmente no mundo, como também para nomear e falar em nome próprio.

Antes de prosseguirmos, é relevante registrar que as funções de parentalidade vão além das relações de gênero e estão ancoradas em representações psíquicas do que é ser pai e ser mãe para o casal parental. As funções exercidas pelos pais nem sempre correspondem ao gênero e também podem ser desempenhadas por pessoas diferentes dos pais biológicos. No entanto, é primordial que essas funções sejam cumpridas, pois a constituição psíquica da criança exige que o Outro a sustente como sujeito de desejo. Sendo assim, a função materna e a função paterna, como sublinha Zornig (2010), são essenciais ao processo de subjetivação. São elas que abrem espaço para uma criança-sujeito para além do bebê imaginado pelos pais, com uma vida e futuro próprios.

Podemos nos perguntar sobre tais processos quando as crianças nascem com comprometimentos de diversos tipos e trazem no corpo a marca da deficiência e da fragilidade orgânica. Batista (2015) ressalta que essas marcas têm uma “sequela” maior: “a quebra de um saber natural dos pais diante do filho, o que interfere na relação entre pais e filhos” (p.68). Nessas circunstâncias, a constituição subjetiva pode ser comprometida quando o filho é visto apenas como objeto de cuidados. A autora sublinha que a escuta desses pais é essencial, pois visa resgatar o olhar e o saber parental sobre como lidar com o filho de forma a permitir uma outra ressignificação sobre o filho real, que tem alguma marca que o destoa do ideal.

Na contemporaneidade, na contramão dos dispositivos de escuta e de suporte aos pais propostos pela psicanálise, percebe-se que “o meio científico, em geral, prefere ignorar os efeitos desse não saber, colocando em seu lugar uma série de certezas representadas por quadros diagnósticos, técnicas, exercícios, medicamentos e treinamentos” (Bernardino, 2007, p. 54). O efeito dessa postura científica é preocupante quando absorvida pelo campo educativo, pois, como alerta a autora, “é capaz de privar a criança da dimensão humana essencial, a do desejo” (p.55).

Nosso estudo tem a finalidade de alertar professores e outros profissionais que atuam na Educação Precoce, ou mesmo em outros espaços que recebem essas crianças, a respeito das questões acima apontadas. O cuidado ético, não só com as crianças mas também com os seus pais, é fundamental para detectar entraves na subjetivação dos bebês e auxiliar os pais para que se reposicionem no exercício de suas funções parentais. Por outro lado, as intervenções educativas também podem reproduzir junto aos pais o saber de especialistas advindos do

discurso da ciência, o qual, em muitas circunstâncias, não só anula o saber parental como também eclipsa o lugar de sujeito da criança. A seguir, ilustraremos as questões discutidas até aqui com dois fragmentos de caso.

### **O caso do bebê Helena**

Isa, a mãe de Helena, descreveu sua gravidez como planejada e organizada: *“Foi tudo programadinho, todo mundo foi programado lá em casa. Helena só veio um pouquinho antes.”* Por meio de suas falas, ao longo da entrevista, pôde-se verificar que Helena ocupava um lugar idealizado na dinâmica familiar, tal como seus irmãos. Lidar com o diagnóstico da filha, cujas peculiaridades divergiam do ideal familiar, abriu na mãe uma ferida narcísica, provocando marcas inegáveis na relação com Helena.

Relatou às pesquisadoras que vivenciou momentos de angústia e incertezas desde o dia em que foi sinalizado, por meio de uma ecografia morfológica, que algo não estava como o esperado. Os médicos disseram à mãe que não podiam dar certeza sobre a síndrome do bebê. Tal diagnóstico só seria possível com um exame específico: *“eu apenas fiquei sabendo que era alguma síndrome”*, pois o diagnóstico de síndrome de Down foi fechado somente após o nascimento de Helena.

Assim, as falas de Isa indicam um doloroso processo subjetivo desde a gravidez e como conseguiu operar a função materna. Relatou que ao contar à sua mãe e à sogra sobre a síndrome do bebê escutou questionamentos e percebeu reações de ambas: *“A minha mãe e a minha sogra receberam do jeito que muita gente recebe. A minha mãe demorou a aceitar. Perguntou se havia sido transmitida pelo sangue ou na fecundação. Tivemos que explicar tudo para ela e para minha sogra”*.

Desde aquele momento, o significante *conhecimento* sobre a síndrome ganha ênfase nas produções discursivas de Isa. Relatou que pesquisava muito na internet sobre o tema e participava ativamente de grupos de mães de filhos com síndrome de Down pelas redes sociais. Após o nascimento da criança, escutava e acatava todas as prescrições médicas e no momento da entrevista demonstrou entender bem o discurso da ciência, mais especificamente o discurso desenvolvimentista e cognitivista sobre a síndrome, advindo da neurociência. A posição calcada no discurso científico foi construída provavelmente em virtude dos acompanhamentos e aconselhamentos médicos que recebeu ao longo da gestação de Helena.

Isa destacou que durante a gravidez foi indagada por seu médico sobre a possibilidade de querer induzir o feto a um aborto. Relatou que se sentiu indignada e que sua busca de conhecimento sobre a síndrome de Down ganhou maior determinação para se contrapor à posição do médico, da mãe e da sogra.

Em nossa leitura, a busca voraz pelo saber e o repertório científico que Isa construiu operaram como uma espécie de suplência, aqui referida como uma amarração entre os registros do real, do simbólico e do imaginário para que pudesse se ver e se reconhecer como mãe de Helena. Foi o conhecimento adquirido como suposto saber sobre a filha que a estabilizou subjetivamente para lidar com o discurso da possível morte do bebê, advindo da relação médico/parturiente, como também de suas relações afetivas e sociais. Sua meta passou a ser mostrar a todos que Helena poderia se desenvolver plenamente, caso fosse constantemente estimulada. No entanto, a ferida narcísica e o luto ainda não realizado da filha idealizada faziam com que ora apostasse no desenvolvimento do bebê ora imergisse na morbidez. Esse

movimento de balança foi percebido ao longo das observações, no acompanhamento e atendimento na Educação Precoce.

Por meio do IRDI, como instrumento de observação dos atendimentos de Helena na Educação Precoce (idade de 4 meses), os quais eram acompanhados ativamente por Isa, foi possível detectar na interação mãe/bebê a ausência de um dos indicadores da faixa etária entre 0 a 4 meses incompletos:

- O indicador 4 - a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.

Mariotto (2009) afirma que esse indicador, do eixo Alternância Presença/Ausência, é indicativo de uma experiência necessária ao bebê para que este se descubra como sujeito. Trata-se de experiências da dupla mãe-bebê em que se produz um pequeno vácuo, uma hiância entre a demanda e a satisfação da criança, operando-se, assim, um intervalo de onde poderá emergir o desejo no *infans*.

Com o passar dos meses também foram observados os indicadores da faixa etária dos 4 aos 8 meses incompletos e perceberam-se mais três indicadores ausentes:

- O indicador 8 - A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.
- O indicador 12\* - A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.
- O indicador 13\* - A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.

Mariotto (2009), ao explicar tais indicadores, aponta que eles são possíveis quando o Outro, em sua função, se encarrega de interpretar o gesto da criança como um apelo: “traduzir a linguagem em ação e ação em linguagem”. Dessa forma, o Outro, em sua função de cuidador, atua como essencial para que haja uma circulação entre o imaginário e o simbólico.

Porém, foi possível observar os indicadores 12 e 13 presentes em um atendimento na Educação Precoce em que os irmãos de Helena participaram da sessão. Naquele dia, a criança mostrou-se bem mais comunicativa, demandando aos seus irmãos, os quais lhe deram suporte e responderam às suas iniciativas e brincadeiras, o que nos pareceu promissor em termos de minimizar os riscos na constituição subjetiva de Helena.

O acompanhamento da dupla mãe-bebê com o uso do protocolo IRDI teve continuidade na faixa etária dos 8 aos 12 meses incompletos. A interação mãe-bebê mostrava ausentes três indicadores:

- O indicador 15 - Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
- O indicador 18 - A criança estranha pessoas desconhecidas a ela.
- O indicador 19 - A criança possui objetos preferidos.

O indicador 18 faz parte do eixo Função Paterna que, de acordo com Mariotto (2009), é a entrada do terceiro capaz de balizar o laço entre a criança e seu cuidador e mostra que essa função exige renúncia às satisfações, além de introduzir o campo da interdição e da diferença. A autora discute que essa função é capaz de fornecer à criança dispositivos simbólicos suficientes para que se reconheça como sexuada e possa inscrever-se em uma ordem social de filiação, bem como separar-se do cuidador e constituir-se como sujeito.

A partir das observações das pesquisadoras e dos resultados do Protocolo, houve uma devolutiva à professora da Educação Precoce que realizava os atendimentos e que também tinha conhecimento sobre as bases teóricas psicanalíticas que sustentam o IRDI.

A professora passou, então, a intervir em seus atendimentos para fortalecer o laço subjetivo entre Helena e Isa, visando a um deslocamento de duas posições em que a criança se encontrava na interação com a mãe: a de uma criança inerte e a de uma criança “estimulável” mecanicamente. Desde então, as brincadeiras e dinâmicas dos atendimentos foram dirigidas sempre convocando a mãe a ter um novo olhar sobre seu bebê, acentuando os ganhos de Helena nas brincadeiras e sua posição de sujeito. Aos 12 meses de Helena, quando se finalizou a pesquisa, todos os indicadores que estavam ausentes nas faixas etárias anteriores ainda assim permaneciam e os indicadores da faixa 12 aos 18 meses encontravam-se quase todos ausentes, à exceção do indicador 23, a saber: A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.

## O Caso Bia

Silvia, a mãe de Bia, informou que a gravidez da filha não foi planejada e relatou sobre seu desejo de não ter mais filhos: “(...) *eu engravidei usando DIU. Eita! Foi assim! A gente faz uns planos, né? Eu não queria mais filho*”. Observou-se que ao relatar esse fato não houve um tom de pesar ou arrependimento e, mesmo quando mencionava as dificuldades de uma gravidez de risco, não demonstrou o afeto de tristeza. Nessa mãe havia uma percepção da diferença de Bia, diagnosticada com síndrome de Down, em relação aos irmãos, mas também uma valorização dos avanços que a criança demonstrava em seus ganhos motores.

Segundo o relato materno, uma profissional de saúde do hospital em que Bia ficou internada, ao ser submetida a uma cirurgia cardíaca logo após o parto, apontou-lhe uma questão importante. “*Uma fonoaudióloga me disse, ainda na UTI, quando Bia recebeu alta, pra eu criá-la do jeito que eu criei meus meninos quando eram pequenos. Ai não a fiz diferente dos outros, pois acho igual ou acho que têm crianças que não têm o que a Bia é. Elas (as crianças com Síndrome de Down) têm um pouco de dificuldade na hora de engolir, têm mais facilidade de se engasgar, mas é normal isto.... Falam por aí: - bate a comida no liquidificador, sabe? Ah, não! Esses cuidados extremos! Não precisa disso tudo! Eu não bato nada no liquidificador, é tudo amassado e ela come sem engasgar!*”

É preciso ressaltar outro desdobramento da entrevista em que ficou clara a capacidade crítica da mãe diante do saber especializado a respeito das crianças com síndrome de Down. Silvia fazia parte de um grande grupo de mães em uma rede social e se assustou com os cuidados extremados e padronizados das outras mães: “*Porque não precisa disso tudo, minha filha não consulta com o médico especialista em síndrome de Down! Não! É com o médico do posto, que é o médico da família! E eu falei: ô minha filha, esse povo é doente, mães que ficam procurando doença em filho! Eu acho que é por que uma vai na onda da outra. Sai do grupo.*”

Percebemos que Silvia ocupava um lugar como mãe que podemos assim resumir: “Uma mãe que não dá a comida sólida, mas não oferece alimentos líquidos”. Exercia a sua função reconhecendo a diferença que a síndrome em si carrega, sem contudo atribuir à filha uma posição deficitária e sendo capaz de realizar uma antecipação imaginária de sujeito ao projetar o futuro de seu bebê: “(...) *quero fazer de tudo para ela ser independente porque não vou estar aqui para o resto da vida. Então quero fazer o máximo por ela para que possa trabalhar,*

*estudar, ser independente o máximo possível! Eu quero que ela se sinta como outra pessoa qualquer e que nunca deixe ninguém diminuí-la como incapaz”.*

Sílvia ainda fez uma importante reflexão sobre como as mães idealizam seus filhos e como sofrem ao longo do processo de desidealização. *“Eu acho que na gravidez devem imaginar muita coisa boa para os filhos... imaginou o filho de um jeito e nunca imaginou ter um filho com algum problema”.*

*“Eu não imaginava que ia nascer com síndrome de Down, não! É que o pai dela não é branco e a minha filha tem os cabelos cacheados e eu também por isso imaginava que ela ia nascer com os cabelos cacheadinhos e moreninha”.*

O primeiro momento de escuta e observação da interação entre Bia e sua mãe aconteceu quando Bia tinha 6 meses e todos os indicadores IRDI se mostraram presentes, mesmo aqueles da faixa dos 8 aos 12 meses incompletos.

A mãe relatou que em casa Bia brincava bastante no chão. Porém, quando atendida na Educação Precoce, ela chorava quando a mãe se ausentava de seu campo visual embora demonstrasse interesse pelos objetos que segurava. A mãe dizia saber diferenciar os choros de Bia, conseguindo identificar quando era *“manha”*. Sílvia participava das sessões de forma afetuosa, mas ao mesmo tempo não se sentia obrigada a atender a todas as demandas do bebê. Assim, já colocava pequenas regras e quando Bia chorava, nas sessões de atendimento, pedia para lhe dizer o que queria ao invés de chorar.

## **Discussão sobre os casos**

Buscamos demonstrar, com os fragmentos de caso que apresentamos, a necessidade de que se saiba ler e observar os impasses no corpo e no desenvolvimento do bebê ocasionados por eventuais curtos-circuitos em sua constituição subjetiva. Também entendemos que é necessário escutar o discurso parental sem culpabilizá-lo. Acreditamos, ainda, que por meio do dispositivo da escuta e de observação das interações mãe-bebê é possível intervir a tempo de amenizar riscos no desenvolvimento da criança.

Os dois casos apresentados são ilustrativos por serem capazes de esclarecer como as diferentes formas de acolhimento das crianças com algum tipo de síndrome impactam seu processo de inclusão na dinâmica familiar e no desejo parental. Sílvia e Isa receberam distintos suportes na chegada de seus bebês. Pudemos observar como os diferentes apoios das redes familiar e social dessas mães produziram efeitos, consequências, na construção das interações com suas filhas com síndrome de Down.

Helena e Bia ocupavam lugares diferentes nos discursos maternos e isso refletiu nos cuidados que lhes eram dirigidos. Isa, a mãe de Helena, escutou do seu médico de confiança que aquelas crianças nasciam como que *“mortas para a vida”*. Sílvia lidou com o risco de morte real da filha devido à cirurgia cardíaca a que Bia fôra submetida, mas encontrou no discurso da fonoaudióloga um suporte para sustentar seu lugar de mãe. Diante da hospitalização da filha, a síndrome passa, então, a ocupar um lugar secundário para Sílvia, posição que era compartilhada por toda a família, conforme os relatos.

Isso posto, queremos deixar claro nosso entendimento: para além do narcisismo materno, ou seja, o modo como cada mãe lida com as feridas narcísicas advindas da castração e seu impacto na subjetividade, o laço que será estabelecido entre a mãe e seu bebê com alguma síndrome é,

também, fortemente marcado pelos discursos construídos na rede familiar/social em que estão inseridos.

Costa e Cohen (2011) lembram que o advento de uma doença rompe com as expectativas dos pais, que passarão a ter de “se haver com o real que invade suas vidas”. Ressaltam, ainda, um dos desdobramentos da chegada dessas crianças, que resulta em “pais golpeados narcisicamente no que há de mais íntimo no seu ser” (p. 291). É precisamente nesse momento de extrema fragilidade que o discurso médico/científico pode provocar a destituição do saber familiar e se apropriar de o suposto saber sobre a criança, transformando-a em objeto do conhecimento.

Vimos que no caso Isa – Helena essa rede discursiva opera causando uma fratura subjetiva. Deparamo-nos com uma mãe que não conseguiu receber um suporte efetivo de sua família. A síndrome ocasiona um mal-estar ao longo da gravidez e com a chegada da criança esta é vista como portadora de um defeito, de uma falha, acerca dos quais a família extensa indaga-se sobre qual seria a origem. O suporte médico é meramente prescritivo e o profissional não se dá ao trabalho de escutar o sofrimento, a angústia e as questões da mãe.

Tais vicissitudes a levam avidamente ao suposto saber científico sobre a síndrome, mas esse saber eclipsa seu próprio saber como mãe e sobre o sujeito Helena. Kupfer e Bernardino (2009) indicam que o declínio do saber parental, concomitantemente à ascensão do saber técnico, em princípio representado pelo discurso médico, produz efeitos no corpo que passa a ser visto apenas por suas falhas. Observamos, ainda, que Helena apresentava dificuldades para além da síndrome orgânica, conforme vimos nas marcações de indicadores na aplicação do IRDI. A criança passou a ser objeto de muitos e zelosos cuidados físicos, mas estes não são suficientes, conforme assinalam Goretti, Almeida e Legnani (2014). É necessário um processo subjetivo de afiliação para que seja inscrita uma filiação por parte da criança na tela de significantes do Outro, ou seja, é o significativo do desejo da mãe que faz furo no real do corpo. Por isso mesmo, nem todo estímulo produz marcas simbólicas, pois estas somente são produzidas quando a mãe toma seu bebê como alguém com conteúdos psíquicos próprios. Em outras palavras, é o imaginário que confere sentido ao simbólico e este último perfura o corpo “pura carne” do bebê, possibilitando-lhe a posição de sujeito desejante. Trata-se de uma operação complexa, uma vez que o endereçamento das palavras maternas ao bebê precisa, necessariamente, de um suporte imaginário. Todavia é importante sublinhar: as diferentes formas desse endereçamento não derivam do campo do afeto, mas sim das representações psíquicas inconscientes sobre as quais a própria mãe não tem domínio e controle.

Já a chegada de Bia, mesmo tumultuada, opera efeitos subjetivos na mãe que lhe permitem situar-se diante do suposto saber que seu bebê possuía e que, para ela, a mãe, era desconhecido. Bia é acolhida pela mãe como um enigma a ser decifrado, um desafio. Ao mesmo tempo, trata-se de um reencontro de Silvia com a sua condição de mãe, pois devido às dificuldades financeiras pouco pôde acompanhar seus filhos mais velhos e isto era, com Bia, prazeroso.

O caso de Bia se apresenta como um contraponto ao de Helena. A família de Bia consegue operar as funções parentais sem se deixar capturar pela angústia ou paralisar diante do diagnóstico. Silvia ancorou-se nas orientações da fonoaudióloga da equipe hospitalar, que afirmou que ela teria todas as condições de ser mãe daquela criança a partir do seu próprio saber materno, bastando, para tanto, observar, acompanhar e acolher a sua filha na sua singularidade. É o que ela fez, tornando-se detentora do saber “ser mãe”, mas sustentando um saber não-todo sobre seu bebê, pois Bia foi acolhida na posição de sujeito e de alteridade.

Silvia também foi capaz de posicionar-se criticamente acerca do saber do especialista no contexto da síndrome de sua filha, não se identificando com as expectativas das demais mães, de um modo geral ansiosas pelos últimos avanços da ciência para que seus bebês com síndrome de Down pudessem vir a assemelhar-se às ditas crianças normais. A expectativa de Sílvia era a de que sua filha se desenvolvesse com saúde e adquirisse independência. Reconhecia suas limitações reais e não sucumbia narcisicamente ao se dar conta dessa constatação. A castração simbólica operava como um balizador do gozo materno. Sílvia sabia “*que não durará para sempre*” e, por isso, precisava educar Bia para ser independente, forte e capaz de viver no mundo sem a presença da mãe.

As histórias de vida de Bia e Helena demonstram a importância de se considerar os efeitos da lógica hegemônica do discurso educativo quando este incorpora sem criticidade o cientificismo do campo da saúde mental. Jerusalinsky (2016) alerta para a concepção que ainda prevalece acerca do desenvolvimento infantil de que as aquisições desenvolvimentais da criança e seus aprendizados seriam uma consequência do cruzamento entre a passagem do tempo e seus efeitos sobre o organismo. A autora avalia que para o desenvolvimento da criança tão importante quanto as possibilidades orgânicas são o circuito do desejo e as demandas nos quais se sustenta o exercício da função materna nos cuidados de uma criança.

Tais efeitos e consequências convocam profissionais das áreas da educação e da saúde à atitude de uma abertura maior à escuta, à fala e às observações das interações mãe-bebê de modo a localizar o lugar, a posição que a criança ocupa na dinâmica materna e familiar. Quando a educação se apropria do discurso do especialista apropria-se também de uma lógica proposta pela ciência de que o conhecimento seria capaz de normalizar e ajustar os sujeitos a determinados ideais educativos. Esse discurso é absorvido pelo campo educativo, que se apropria de uma vigilância e de um treinamento “ortopédico” das crianças, visando alcançar um ideal de normatização.

## Considerações finais

É importante, para finalizar o relato desta pesquisa, discutir desde uma perspectiva ética o ideário da prevenção na primeira infância. Mariotto (2009) ressalta o quanto a prevenção está a serviço das ideologias dominantes que atravessam toda cultura e o quanto a denominação “prevenção” antecipa um modelo de cidadão desejado conforme/conformado aos ideais do Estado. Em nossa concepção, o IRDI se apresenta como um importante dispositivo de desconstrução desse ideal, já que subverte a lógica do controle social e da padronização ao levar em conta a singularidade dos pequenos sujeitos.

Sabemos que o ideário da medicalização e da patologização incide diretamente na infância. Percebe-se, a partir da discussão realizada, que os diagnósticos na infância exigem uma leitura crítica. A aposta em utilizar o IRDI é a de uma “despatologização” diagnóstica, pois sua lógica é a de deslocar o discurso do diagnóstico para a singularidade do caso a caso e, conseqüentemente, para a singularização da relação professor/pais/bebê. Conforme Armiliato (2014), “o IRDI cumpre a função desmedicalizante justamente por não propor uma correlação direta entre sinais patognômicos e diagnóstico” (p. 85).

Parece-nos também útil apontar outros aspectos quando se pretende utilizar um protocolo como o IRDI para detectar riscos no desenvolvimento infantil: o fato de o professor não se colocar como um especialista “diagnosticador” e ser instado a “abdicar das metas idealizadas e

grandiosas que inspiram o ato de educar, pois elas negam, acima de tudo, a realidade do desejo e, por conseguinte, negam também a criança como sujeito”, como sugerem Legnani e Almeida (2000, p. 107). No que se refere à Educação Precoce, o cuidado com um provável apagamento do sujeito é fundamental, pois além de o educador ter que se deparar com as vicissitudes do ato educativo, ele é também convocado, por esse ato, a exercer a função de suporte narcísico para que o bebê se constitua como sujeito de desejo e não como objeto de gozo do Outro.

A importância do IRDI é sobretudo a de ressignificar o cuidado com as crianças em risco no desenvolvimento e a atenção às interações mãe-bebê como também atentar para os efeitos dos saberes científicos na criança e na sua educação. No nosso entendimento, é imperioso que os profissionais da Educação Precoce, mesmo que não lhes caiba a função de diagnosticar psicopatologias, tenham clareza acerca dos impasses e dificuldades que podem ocorrer na constituição do sujeito. Pôde-se observar, por meio dos casos apresentados, como o professor, alertado por tais questões, é capaz de se abrir para novas maneiras de intervir. Na perspectiva teórica e metodológica de orientação psicanalítica, a intervenção proposta é oposta à da ordem da massificação e do discurso psicopedagógico hegemônico que apaga ou desqualifica o saber dos pais e da família acerca da criança.

Em outras palavras, o que marca o interesse e a importância da aplicação do IRDI na Educação Precoce, assim como nas creches (Bridon, 2019; Mariotto, 2009) e na educação infantil (Morillo & Fonseca, 2015), é que os indicadores do instrumento podem alertar para riscos no desenvolvimento infantil e na constituição psíquica da criança, cumprindo assim uma função “preditiva”, contudo não determinista desses riscos. Ou seja, sob a ótica da psicanálise, os processos constitutivos e de desenvolvimento, seus impasses ou entraves pertencem não só à esfera biológica, mas a um complexo campo simbólico, de natureza linguageira e social. Tal concepção aponta para a necessidade de atenção em face dos problemas apresentados nos primórdios da vida, mas não para tomá-los como categóricos para futuros quadro psicopatológicos ou distúrbios mentais. A ênfase no cuidado e na atenção às dificuldades apresentadas pelo bebê não deve incidir sobre os *deficits*, pois sabe-se que isso pode exercer um papel desubjetivador nas interações da dupla mãe-bebê, impedindo até mesmo o movimento de antecipação subjetiva de sujeito e sua inscrição no campo simbólico do Outro.

Por fim, é importante ressaltar que nem sempre o trabalho da Educação Precoce será condição suficiente para fortalecer ou até mesmo estabelecer o laço imprescindível à constituição subjetiva do bebê, sendo necessário, então, dar continuidade à atenção, à educação e ao tratamento da criança com impasses no processo de subjetivação e/ou problemas de desenvolvimento.

## Referências

- Armiliato, V. (2014). IRDI: implementação de uma ferramenta psicanalítica no âmbito das políticas públicas. In M. C. Kupfer, L. M. Bernardino, & R. M. Mariotto (Orgs.), *De bebê a sujeito: a metodologia IRDI nas creches* (pp. 83-94). São Paulo, SP: Escuta.
- Batista, C. A. (2015). Por um bom início-acompanhamento de bebês. In M. C. Kupfer, & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: Novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp. 64-74). São Paulo, SP: Escuta.
- Bernardino, L. M. (2006). Da metafísica à metapsicologia. *Estilos da Clínica*, 11(21), 204-227. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v11i21p204-223>.

- Bernardino, L. M. (2007). A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. *Estilos da Clínica*, 12(22), 48-67. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v12i22p48-67>.
- Bernardino, L. M. & Kupfer, M. C. (2009). As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 45-58. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000100004>.
- Brezolin, R. D., & Pinheiro, N. B. (2011). Construção, interpretação e holding: reflexões a partir de um acontecer clínico. *Caderno Psicanalítico*, 33(25), 258-271. Recuperado de [http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno25\\_pdf/21\\_CP\\_25\\_CONSTRUCAO\\_INTERP\\_RETACAO\\_E\\_HOLDING.pdf](http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno25_pdf/21_CP_25_CONSTRUCAO_INTERP_RETACAO_E_HOLDING.pdf).
- Bridon, D. (2019). *O bebê na creche: possibilidades educativas a partir do desejo*. São Paulo, SP: Escuta.
- Costa, M. R., & Cohen, R. H. (2011). Um saber-fazer com crianças e jovens. In S. F. C. de Almeida, & M. C. Kupfer (Orgs.), *A psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito: no avesso do especialista* (pp. 283-300). Rio de Janeiro, RJ: Wak Editora.
- Goretti, A. C., Almeida, S. F. C. (de) & Legnani, V. N. (2014). A relação mãe-bebê na estimulação precoce: Um olhar psicanalítico. *Estilos da Clínica*, 19(3), 414-435. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i3p414-435>.
- Kupfer, M. C., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M., Wanderley, D., Rocha, P. S., Molina, S. E., & Stellin, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 6(1), 48-68. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003>.
- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C. (de). (2000). A idealização do ato educativo: efeitos no fracasso escolar das crianças das camadas populares. *Estilos da Clínica*, 5(8), 94-111. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v5i8p94-111>.
- Legnani, V. N., Almeida, S. F. C. (de); Molinas, J. O. C. (2018). Bebês institucionalizados: a importância da detecção precoce de riscos psíquicos no desenvolvimento. In K. T. Brasil & S. F. C. de Almeida (Orgs.), *Proteção à infância e adolescência: intervenções clínicas, educativas e socioculturais* (pp. 11-30). Brasília, DF: Editora Cátedra Unesco.
- Mariotto, R. M. (2009). *Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês*. São Paulo, SP: Escuta.
- Morillo, H. S., & Fonseca, P. F. (2015). A singularização do laço na educação infantil: por uma indeterminação necessária. *Estilos da Clínica*, 20(3), 391-399. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v20i3p391-399>.
- Rabelo, S. (2012). A serviço de que pode estar a detecção precoce do autismo? In M. C. Kupfer, L. M. Bernardino, & R. M. Mariotto (Orgs.), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (pp. 165-174). São Paulo, SP: Escuta.
- Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382010000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200010).

**Revisão gramatical:** Consuelo Martins César Cordeiro  
**E-mail:** [consuelocordeiro@gmail.com](mailto:consuelocordeiro@gmail.com)

Recebido em fevereiro de 2020 – Aceito em julho de 2020.