

A importância da escuta e do contorno do clínico aos pais no atendimento ao bebê: corpo, psiquismo e linguagem

The importance of the clinician's listening and his/her guidance to parents in baby care: body, psyche and language

Eloisa Tavares de Lacerda*

Resumo: A experiência do atendimento a bebês e crianças muito pequenas e seus pais, em uma clínica dos primórdios, demanda uma escuta do corpo e com o corpo, uma escuta marcada pelo ritmo, pela sensorialidade. Este trabalho, reivindicando sempre o contorno aos pais, se orienta pelos conceitos de função materna e censura da amante (da mulher como amante), buscando também um contorno teórico para as práticas psicanalíticas e psicossomáticas que relata.

Palavras-chave: Escuta. Clínica dos primórdios. Corpo e psiquismo. Função materna. Censura do amante.

Abstract: *The experience of caring for babies and very young children and their parents, in a clinic of the early days, demands listening to the body and with the body, a listening marked by the rhythm and the sensoriality. This work, always claiming the parents' contour, is guided by the concepts of maternal function and lover's censorship (censorship of the woman-as-lover), also seeking a theoretical contour for the psychoanalytic and psychosomatic practices it reports.*

Keywords: *Listening. Early clinical practice. Body and psyche. Maternal function. Lover's censorship.*

* Membro do Departamento de Psicossomática e Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Professora aposentada da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Ex-coordenadora do curso de pós-graduação lato sensu Cogea/PUC-SP “Clínica interdisciplinar com o Bebê: a saúde física e psíquica na primeira infância”.

Escrevo em nome de um sofrimento sem idade, sem história, que escapa ao sentido, que entrega o indivíduo ao fechamento, ou que o impede de existir. Esse sofrimento atravessa as gerações, como também atravessa as sociedades. Ele está no cerne da essência da vida. Eu o encontro enquanto terapeuta. Combato, ele se transforma e libera a palavra, uma palavra ali onde nos sentimos existir com o outro. Fazer face a esse sofrimento é encontrar o prazer do corpo, prazer sutil da identidade sexuada que se expressa no encontro...

Valerie Desjardins, 2006

É da escuta do que se diz e do que se cala que se constitui uma clínica – ao menos para psicanalistas e psicossomatistas que atendem bebês e crianças muito pequenas, em seus primeiros tempos de vida, em momentos pré, peri e pós-natal e, também, seus pais. É à importância dessa escuta que se dedica este trabalho – uma escuta a que busca fazer eco, explicar-se com ela, assumir os riscos aos quais necessariamente se dispõem aqueles que compartilham(os) essa experiência.

Na clínica de que falamos, entre o que se diz e o que se cala, sabemos que o papel do primeiro objeto – geralmente, mas não necessariamente, a mãe (porque podemos ter alguém que a substitua nessa função) – é fundamental. E aqui destacamos o indispensável contorno do clínico, dando suporte tanto no trabalho de para-excitação ao adulto de referência do pequeno ser quanto no trabalho de libidinização do corpo erógeno.

Nesse contexto, quero ressaltar a dimensão relevante do anteparo das excitações internas e externas da pequena criança, e também a importância de trabalharmos ajudando essa mãe/primeiro cuidador a estar presente não “soamente” com sua presença física – cuidados operacionais em que o afeto não comparece –, mas também com sua presença psíquica –, com os cuidados recheados de afeto. Isso porque os cuidados no começo da vida são um conjunto de funções organizadoras/fundamentais para o nascimento do corpo (erogeneidade) – do psiquismo – da linguagem.

Em nossos tempos contemporâneos, é preciso dar atenção a um ponto em especial. Falo de nosso cuidado com o fato de, no caso de atendimento a um adulto que busca um percurso de análise, sabermos que esse adulto pode muitas vezes ter entrado em sua adolescência sobrecarregado de tensões e excita-

ções muito primitivas, e até traumáticas, trazidas desde o tempo de seus primórdios, quando “só” puderam ter cuidados operacionais, ou seja, sem afeto, sem contorno e sem narratividade alguma para que os acontecimentos pudessem virar vivências. Essa questão merece destaque porque costumamos dizer que esses pais, adultos traumatizados, também nos trazem, junto com o seu bebê em tempo real, aquele bebê que um dia foram – o infantil que permanece – e que também necessitam de um psicanalista que os possa escutar.

Voltemos ao que chamamos de “contorno”. O que pode significar uma escuta entre esses cuidados? Para essa escuta, é extremamente relevante todo um conhecimento desse tempo dos primórdios; tempo em que o não verbal – ou seja, a sensorialidade e o ritmo – “fala” mais alto que o plano verbal. É imprescindível salientar que, em muitas situações clínicas desses tempos, o psicanalista pode ainda reconhecer ali, na mãe ou no pai, seus próprios bebês (representações e traumatismos nesse tempo do só-depois do adulto), “falando” ou “calando”; ali nas cenas clínicas em que esse pai ou essa mãe ainda não pôde, como destaca Aragão (2011), “*tornar-se mãe de seu próprio filho*”.

Para o que se encena neste trabalho, e que se oferece à leitura, trago alguns fragmentos de material clínico, mas não necessariamente aqueles que foram compartilhados de forma mais detalhada em minha fala na Mesa de debate do Grupo de pesquisa “Os Primórdios da Vida Psíquica”, do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro em 24 de novembro de 2023. Falo então dos Primórdios, ou seja, do bebê arcaico/em tempo real que nos é trazido pelos pais, e penso na possibilidade de essa vivência ser ampliada para o paciente adulto, o adolescente e a criança que nos trazem o bebê que um dia foram, ou seja, o infantil que permanece vivo. Muitas vezes, essa mãe ou esse pai do bebê ou da criança pequena trazem junto o bebê que neles ainda habita e que pede passagem para que eles aprendam a lidar, minimamente que seja, com seus núcleos traumáticos mais primitivos, e que muitas vezes ganham força total com o nascimento de seu bebê, e ainda no período da gravidez.

No cenário que aqui se desenha, remeto o leitor ao processo de análise de uma criança de 2 anos de idade que me foi encaminhada como sendo uma criança com paralisia cerebral. Nesse processo, foi fundamental o apoio no álbum de fotografias dessa pequena criança. Esse álbum abriu a possibilidade de ir narrando em palavras as cenas clínicas iniciais, e que se prolongaram por muito tempo...

Algumas vezes uso o álbum de fotografias da criança como um recurso possível quando sua história de vida não pode ser contada e, principalmente, quando precisa ser contada junto a seus pais, pois ambos estão impossibilitados de simbolizá-la... As primeiras fotos do álbum de Linda são do “casal grávido”. São artísticas e são muito belas. Mas, para meu espanto, ao ver suas “fotos de grávida”, a mãe se desqualifica de uma forma como jamais ouvi uma mulher falar de si mesma. Parece que ela se desqualifica como mulher, e a grávida não aparece como tal – “Que banhuda! Olha que horror! Nossa, quanta gordura!” Ao longo do processo vim percebendo que ambas as linhagens de Linda, materna e paterna, desqualificam a figura feminina. O pai dela é desqualificado na família dele “porque eu não soube fazer filho homem!”...

O trabalho analítico “vem se arrastando”: nos primeiros meses do trabalho com a dupla (mãe/bebê), as sessões são sempre muito pesadas, densas e quase “sem movimento”. A mãe estava totalmente impossibilitada de falar qualquer coisa sobre Linda ou, ainda, com a filha, além de palavras agressivas, raivosas e que a desqualificavam. A mãe destilava seu ódio para a filha ali na sessão, o que não deixa de ser um lugar e um laço, mesmo que isso mantivesse Linda completamente hipotônica, largada no colo de sua mãe e ausente, pois permanecia com o olhar muito vago e distante. Por muitas e muitas sessões consecutivas, as cenas clínicas se iniciam com a mãe sentada na poltrona, completamente deprimida, com sua filha desabada em seu colo e olhando para o nada. Esse desabamento tônico-postural perdurou pelos primeiros nove meses de trabalho e, somente agora, ao escrever este material clínico, dou-me conta de que é exatamente esse o tempo de uma gravidez – a de Linda?! (LACERDA, 2009).

Considerando a repetição que prevalece nas cenas dessas sessões clínicas, vou me concentrar na relação ao primeiro objeto, ao pai ou mesmo ao pequeno ser ainda em constituição. Essa decisão é imposta, *a posteriori*, pelo momento da escrita deste trabalho, e propõe uma leitura dessas cenas com base em dois conceitos que considero de fundamental importância: a Função Materna e a Censura da Amante. O primeiro foi conceituado por Pierre Marty, e o segundo por Michel Fain e Denise Braunschweig – e Fain foi se ocupando dele em seus desdobramentos.

1. Trabalho apresentado no VII Encontro Nacional de Estudos sobre o Bebê – ABEBÊ, realizado na PUC/Rio e publicado na *Pulsional Revista de Psicanálise*.

Vamos pensar nas características da Função Materna em tempos tão primeiros. Essa função exige da mãe/primeiro objeto e do psicanalista – que trabalha numa cena clínica conjunta com o trio mãe-pai-bebê ou a dupla mãe-bebê – o suporte a essa interação marcada pela sensorialidade e pelo ritmo das trocas, que são eminentemente simbolizações corporais. É num registro exclusivamente corporal e rítmico, em caráter de urgência, que o bebê se oferece à mãe, pedindo um contorno robusto e imediato ao *quantum* de excitação e evitando que o Eu, desde os primeiros momentos dessa díade, seja subjugado por transbordamentos pulsionais nascentes.

Inicialmente, propomos uma breve articulação da Neurociência com a Psicanálise e as áreas afins que se debruçam sobre os Primórdios, para trazer-mos, em seguida, dois pequenos fragmentos clínicos de atendimentos de bebês em adoção. Essas articulações têm por finalidade colocar na roda da discussão a lembrança do traumático sem representação no psiquismo e as importantes marcas corporais e relacionais com que vai lidar o profissional, sabendo ou não como acessá-las.

O que já se sabe, numa articulação interdisciplinar sobre o bebê: corpo-psiquismo-linguagem, é que é preciso entendê-lo como tendo um cérebro diferente do cérebro do adulto. Falamos de um cérebro no estágio pós-nascimento, quando a maturação neural ainda se faz a partir da relação direta com seu primeiro objeto – geralmente sua mãe. Essa relação é aquilo que chamamos de maternagem, e é ela que põe a funcionar o que se reconhece como a funcionalidade do bebê.

Pelo viés da neurologia e mais recentemente das neurociências, sabemos que o sistema nervoso do bebê não está completamente formado e amadurecido por ocasião do nascimento, e que essa maternagem constitui a Função Materna, que pode pôr em andamento essa funcionalidade. Mero jogo de palavras? Penso que não, porque é a funcionalidade do bebê que vai promover a mielinização das fibras neurais... Acrescento aqui as palavras da Pediatra e Intensivista Iole da Cunha² sobre essa temática:

2. Iole da Cunha sempre presente nos Encontros Nacionais e Internacionais de Estudos sobre o Bebê – ABEBÊ, nos trazia contribuições importantes sobre essa temática das neurociências sobre a qual ela tanto se debruçava e sempre nos encantava ao longo dos encontros.

Diz-se que afetos positivos, com o bebê se sentindo acolhido e em segurança, ou seja, cuidados epigeneticamente adequados, ele vivenciará uma situação de homeostasia e seu cérebro se inundará de endorfina. Gerando assim um crescimento neural que sustentará um desenvolvimento corpo-psiquismo-linguagem em organização homeostática. Já quando o que prevalece são os afetos negativos, com o bebê se sentindo desamparado e estressado, seu cérebro se inundará de cortisol que o impossibilitaria de um crescimento, com isso diminuindo sua rede neural e podendo desorganizar seu estado homeostático do corpo-psiquismo-linguagem.

Vale ressaltar que, na clínica, já acompanhei bebês que, por excesso de intensidades maternas, acabou por se fechar auditiva ou visualmente e que vieram para atendimento. Na maioria dos casos, foi possível liberar esses bebês já tão sofridos de ficarem, podemos dizer... “surdos” ou “cegos” em função do enorme evitamento em que se colocaram já em tempos tão primeiros. Salvos pelo gongo que bateu e se fez escutar ou, quem sabe, salvos pela escuta atenta de uma psicanalista que leva em conta o desenvolvimento neuro-sensório-psicomotor e que se sustenta em saberes que atestam que corpo-psiquismo-linguagem nascem juntos.

O que se pode escutar de um corpo que, em seus primeiros contatos com o outro, teve seu funcionamento alterado? Começo, então, pelo registro corporal – tônico gestual-articulatório, do apoio das costas e/ou dos pés-contorno/pele – e pelo registro sonoro – da percepção, do ritmo com alternâncias entre abertura-fechamento, presença-ausência e continuidade-descontinuidade... Vou me alongar mais na ritmicidade, que marca as experiências do bebê quando ele se abre para o mundo e quer entrar em relação com o seu primeiro cuidador/o mundo, e quando se fecha numa retirada sobre si mesmo e precisa de um tempo para descansar e se refazer, relaxando consigo mesmo ou dormindo.

Sabemos que o não esperado só pode se tornar lúdico – como a brincadeira do *Cadê? Achou!* – quando a presença e a continuidade do objeto vivo já estão minimamente marcadas no interior do bebê. Nas palavras de Konicheckis (2011, p. 12): “O bebê inicialmente sente mais a intensidade da experiência psíquica do que sua representação (...). O bebê afasta de si mesmo essas partes de sua experiência psíquica que não consegue integrar. Há então o risco de que se produzam formas primárias de clivagem”.

Nesse conjunto de saberes que servem de contorno a esta leitura, abro para a Censura da Amante como forma de introduzir as características daquela que se ocupa do bebê em sua função maternante, já que ela precisa suportar as intensidades desse bebê e/ou seu próprio desamparo frente a essas intensidades em sua exigência temporal, e com a rapidez de suas respostas, porque o bebê não sabe ainda aguardar. Essa disposição, essa prontidão, ele irá aprender se a mãe tiver a possibilidade de “ensinar” esse tempo de espera nas trocas relacionais entre eles. As experiências vividas nas trocas interativas nesse momento da vida de um bebê não se dão ainda pela via das palavras, e sim pelo circuito relacional da sensorialidade. Nesse circuito, as trocas pele a pele sempre dão contorno ao bebê até que as palavras maternas, com a prosódia característica do mamamês, comecem a marcar sua presença, antes mesmo de ela tocar o bebê, ou de aparecer na frente dele... dando-lhe a garantia de que ele já pode, momentaneamente, prescindir dela. Mas sabemos que é preciso, para essa mãe, que lhe sobre espaço para tirar seus braços de seu bebê e correr para os braços de seu amante, pai do bebê ou mesmo um parceiro/uma parceira do mesmo sexo... Sem culpa! Coisa muito comum em algumas mães, e mesmo pais.

Trago, então, um pequeno relato:

Quando ia dormir embalado pela mãe, o bebê levava mais de 40 minutos, e quando estava no colo do pai dormia quase imediatamente. Assim que o pai começava a andar e falar: “bora dormir aí, companheiro!”.

Nesse cenário, foi preciso primeiro abrir para a culpa da mãe – falar da possibilidade de que havia outra saída além de culpar-se: um outro jeito de ninar seu bebê num espaço de tempo bom para o bebê e para ela também.

Escuta atenta do clínico também para essa triangulação edípica presente ou não desde o início entre a dupla mãe-pai/bebê, quando algo nas sessões vai nos mostrando o movimento da mãe em relação ao seu bebê e quando ela pode – ou mesmo quer – se liberar do seu bebê para se voltar para o pai deste. No meu fazer clínico, já me deparei algumas vezes com situações em que é o pai que não consegue entrar em cena quando sua amante se libera do filhinho deles, porque ele próprio tinha vivido uma experiência com seus pais que o mantiveram preso à sua mãe e, em algumas circunstâncias, esse homem que já é pai permanece sendo o bebê de sua mãe. No caso dessa permanência, é o pai quem diz se sentir culpado de provocar uma separação entre a mãe e o filho.

Em outras palavras, temos também aí uma ausência paterna; uma ausência que é nociva para a mãe, mas que é especialmente nociva para o filho.

Na escuta da triangulação edípica, portanto, é muito importante que o psicanalista que trabalha nessa Clínica Psicossomática dos Primórdios faça valer uma “atenção flutuante perceptiva” (conceito destacado por Botella, C. e Botella, S., 2002), e aguçe sua escuta simultaneamente para o que o bebê comunica/sinaliza, para o que sua mãe e também seu pai falam e/ou comunicam, numa sensorialidade muito primitiva, porque essas comunicações muitas vezes ainda não estão em palavras, mas sim em códigos sensoriais cifrados. Sabemos que todas essas formas de comunicação estão nos contando de núcleos traumáticos muito primários, pedindo-nos por simbolizações que deem conta de nomear e de também recuperar, ressignificando essas vivências desses tempos primeiros de processos psíquicos ainda desprovidos de representações no universo dos adultos, num tempo do bebê no qual, como afirma Konicheckis (2011), os sujeitos e os objetos não estão ainda constituídos completamente.

Retomando o relato que põe em cena o embalar, o ninar do bebê, passamos ao sono desse bebê, buscando entender que a interrupção do sono pode estar ligada a diversos fatores. No meu fazer clínico conjunto com bebês que tiveram algum tipo de problema desde seu nascimento, não é incomum ouvir da mãe que é sempre na mesma hora que ele acorda à noite. Essa interrupção pode estar relacionada a diversos fatores, e até mesmo, por exemplo, à hora em que ele foi separado de sua mãe na maternidade e levado à UTI neonatal devido a alguma descompensação importante. Mas essas situações ligadas ao sono do bebê também podem se dar nos casos em que a mãe é por demais excitada, ou mesmo deslumbrada e invasiva, o que é totalmente diferente de estar encantada. Dessa forma, é preciso diferenciar o encantamento, lido como uma Pulsão de Vida, e o deslumbramento³, uma Pulsão de Morte, que faz com que o bebê se estresse com essa atividade mortífera e não consiga relaxar e passar para o sono. Pode acontecer também de a mãe não conseguir suportar que seu bebê durma, porque ela cai num imenso vazio sem a presença ativa e viva desse bebê acordado; e ainda no caso em que não se tem o amante por perto, para dar um fim a esse baile da mãe com seu bebê, uma espécie de “baile da simbiose extrema”.

3. BOUBLI, M. *O encantamento primário e suas processualidades diante da violência da doença no campo da relação e do trabalho terapêutico mãe-bebê*. (Tradução livre, ainda não publicado).

Entre outras questões, há também aquelas relacionadas à alimentação do bebê. Lembro-me, por exemplo, de um atendimento conjunto mãe-bebê – com um bebê que desde seu nascimento passou da sonda nasogástrica para a Gastrostomia⁴. Em uma das sessões, a mãe relatou que havia tido um funcionamento quase anorético em seus primeiros meses de vida. Isso fez eco a um momento anterior, quando falou de sua infância e contou que sua mãe tinha com ela um “excesso materno”, um deslumbramento sem palavras, e que, portanto, tinha achado o máximo que seu bebê, devido a uma anoxia neonatal, havia precisado de um botão de gastrostomia, “*porque ele assim não precisa sentir o gosto da comida*” – ela me fala alegremente. Aqui incluo o refluxo, que muitas vezes se expressa como uma forma de o bebê poder dizer NÃO! Pois noto que nos momentos em que isso é aberto na sessão, quando vou nomeando, com a mãe e o bebê juntos, que essa é a forma de ele dizer “*Não, mamãe, chega!*”, e ambas notamos que o refluxo dele vai lentamente diminuindo até se extinguir ao longo de algumas poucas sessões.

Podemos ainda pensar em questões outras advindas de situações reais de algum problema com o bebê já na hora do parto, ou mesmo já sabido desde a gestação, dificuldades como a depressão materna pós-parto, a depressão paterna pós-parto – muito pouco falada ainda hoje, mas que dificulta à mãe a Censura do Amante, porque ela não encontra mais esse amante.

Volto então à Censura do Amante trabalhado também por vários outros autores. Esse conceito mostra a necessidade premente da figura do amante (aquele/aquela que ama) para a mãe, a fim de integrar o autoerotismo do bebê – exato momento em que a mãe se desloca do bebê e volta a ser o objeto erótico do pai. É necessária a lei paterna, e também que a censura do amante se imponha.

Para Celso Gutfreind (2018, p. 197-198), discutindo a atualidade desse conceito “em tempos de rarefação da figura paterna e de dificuldades para a construção de uma identidade”, a Censura do Amante exige uma mãe ao mesmo tempo receptiva e atenta à separação; ao mesmo tempo uma amante que saiba separar para tornar-se acolhedora do desejo desse amante. “É preciso, enfim, a lei paterna, e que a censura do amante se imponha” (p. 198). Dessa

4. Gastrostomia: sonda fechada por um “botão” usada atualmente muito frequentemente por bebês/crianças que não podem fazer um uso tão prolongado da sonda nasogástrica para se alimentarem.

separação surge uma censura à qual, em contrapartida, corresponde uma necessidade de representação, e fala “do papel do simbolismo, do sono e do sonho”. A censura e a representação levarão à manutenção do sono da criança – sono que a distinguirá do desejo parental – estando este último, porém, indiretamente na base do trabalho do sono, trabalho mental cujo resultado é praticamente impossível de se prever antecipadamente.

Minha expectativa, relendo agora o caminho percorrido até este ponto, é a de que tenha sido possível tecer, com os fragmentos escolhidos – ou que se impuseram – um trabalho que tenha possibilitado ao menos um vislumbre da importância da escuta. Acredito no ganho e na rapidez de um trabalho interdisciplinar simultâneo nessa Clínica Psicossomática dos Primórdios – que inclui a mãe/o pai/o bebê ou a criança pequena, quando o pequeno ser necessita de mais clínicos cuidando dele e de seus pais e trago ainda, de forma resumida, uma referência ao capítulo “Clínica da constituição do laço: ações transdisciplinares na primeira infância”, do livro *A clínica da constituição do laço: corpo-linguagem-psicanálise* (LACERDA; ARBAITMAN; BOTTIGLIERI, 2017, p. 59-88). O objetivo desse livro é, exatamente, falar da necessidade de colocar na mesma cena clínica profissionais das áreas que elenco em apêndice, buscando compreender, através do ritmo e da frequência da participação de cada um dos profissionais, a importância de cada área no exato momento em que a criança precisava de escuta, e dessa ou daquela intervenção clínica. E cabe ainda, um último fragmento clínico de um bebê que já vivia em Abrigo porque sua mãe, que vivia bêbada ao lhe dar de mamar o sacudia muito e muitas vezes deixava-o cair de seu colo, quando um vizinho ou vizinha mais atentos o pegavam antes que ele caísse. Isso foi levado à Vara da Infância – ou alguma outra instância que no Abrigo não souberam informar com a urgência em que estavam de que eu e minhas parceiras⁵ já pudéssemos atendê-lo num atendimento interdisciplinar simultâneo. Passo então a um dos primeiros atendimentos desse bebê que chamei de Jojô nesse pequeno e último relato clínico:

Quando começávamos a sessão com Jojô, sempre era muito difícil, para não dizer impossível, que tanto a fonoaudióloga como a fisioterapeuta pudessem pe-

5. A fonoaudióloga Denise Garcia Paschoalli, a terapeuta ocupacional Elisabete Arbatman e a fisioterapeuta Esther Bottiglieri compoem comigo a psicanalista, uma parceria de alguns anos atendendo bebês de um Abrigo com a intenção de que eles pudessem ser adotados sem tantos percalços e demora.

gá-lo no colo depois do tempo em que nós quatro buscávamos a possibilidade de um vínculo que nos permitisse fazer qualquer tipo de manuseio, porque ele não suportava nenhum toque em seu corpo.

Eis que eu, me lembrando de como sua mãe fazia para lhe dar de mamar, resolvi reproduzir ali, com ele no meu colo, um ritmo corporal que imaginei ser meio um pouco semelhante ao que deviam ter sido suas sensações em seus tempos com sua mãe: eu o segurava nos braços, aconchegando-o a mim e, com minhas pernas afastadas, cantava suavemente uma cantiga de ninar, marcando o ritmo de ficar parada dobrando o joelho para o lado em que eu me apoiava e depois para o outro lado, quando então dobrava o outro joelho. Para espanto de todas nós, isso o acalmava e, com ele mais sossegado nos meus braços, a fonoaudióloga pôde entrar com seus manuseios que possibilitavam a Jojô mamar, com seu olhar endereçado a ela, e também a fisioterapeuta, com manuseios que lhe permitiam posturas mais globais, dando suporte aos pés do bebê e alinhando todo seu tronco até sua cabeça ficar mais a prumo, quando nessa hora ele já podia olhar para cada uma de nós e se, então, não estivesse mamando, ainda sorria quando seu olhar encontrava o de uma de nós.

Ressalto a importância da escuta atenta, empática e sem julgamento do clínico para com o movimento da mãe com seu bebê que nos procura e, preferencialmente, traduzindo para ela e para o seu bebê o que se passa naquela dinâmica relacional. Ressalto, ainda, a atenção do clínico para o que, na cena clínica, está se fazendo presente: um ou mais de um bebê pedindo leitura/escuta, para que ele possa saber como irá se movimentar: com palavras e/ou com comunicações não verbais ainda para um ou para outro. Digo “sem julgamento”, porque não se trata de querer compreender, mas de se deixar interessar pelo ritmo, pela sensorialidade.

Deixo a última palavra a um poeta que cantou, como poucos, a infância: Manoel de Barros, em entrevista à *Caros Amigos*.

O meu conhecimento vem da infância. É a percepção do ser quando nasce. O primeiro olhar, o primeiro gesto, o primeiro tocar, o cheiro, enfim. Todo esse primeiro conhecimento é o mais importante do ser humano. Pois é o que vem pelos sentidos. Então, esse conhecimento que vem da infância é exatamente aquele que ainda não perdi. (BARROS, 2006).

Eloisa Tavares de Lacerda
elolacerda@uol.com.br

Referências

ARAGÃO, R. O. *Tornar-se mãe de seu próprio filho*. Curitiba: Honoris Causa, 2011.

BARROS, M. de. Entrevista a Bosco Martins. *Caros Amigos*, São Paulo, n. 117, 2006. Disponível em <<https://www.elfikurten.com.br/2016/06/manoel-de-barros.html>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BOTELLA, C.; BOTELLA, S. *Irrepresentável: mais além da representação*. Tradução de Maria Elizabeth Judice do Nascimento, Patrícia Chittoni Ramos e Vanise Dresch. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Criação Humana, 2002.

BOUBLI, M. *Corpo, psiquismo e linguagem: bebês e crianças com autismo*. Tradução de Pedro Sobral. São Paulo: Blucher, 2023.

DESJARDINS, V. “A respeito das crianças que não conseguem encontrar seus interlocutores: reflexão sobre o autismo infantil e sobre os precursores corporais e interativos do acesso à linguagem e à comunicação”. Tradução inédita de Júlia Castilho e Regina Orth de Aragão, do original francês “A propos d'enfants qui ne peuvent pas rencontrer leur interlocuteur: reflexion sur l'autisme infantile et sur les précurseurs du langage”, publicado em GOLSE, Bernard (Org.), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 2006.

FAIN, M. Preludio a la vida fantasmática. *Revue Française de Psychanalyse*, n. 2-3, 1971.

GUTFREIND, C. A propósito da atualidade da censura do amante. *Psicossomática, Revista da SBPPA*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2018, p. 195-199.

KONICHECKIS, A. Núcleos traumáticos primários. In: ZORNIG, S.; ARAGÃO, R. O. (Org.). *Nascimento, antes e depois: cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa, 2011.

LACERDA, E. T. de. O álbum de fotografias: um recurso possível quando faltam as palavras na análise com crianças. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, Ano 22, n. 4, p. 35-44, 2009.

LACERDA, E. T. de; ARBAITMAN, E.; BOTTIGLIERI, E. Clínica da constituição do laço: ações transdisciplinares na primeira infância. In: LACERDA, E. T. (Org.). *A clínica da constituição do laço: corpo-linguagem-psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2017. p. 59-88.

Apêndice

Neurologia – organismo/corpo – enrolamento – extensão – plasticidade neural.

Psicanálise – corpo erógeno – libidinização – plasticidade relacional – plasticidade pulsional. Podemos pensar na Função Materna: a da mãe com seu bebê, mas também a do psicanalista, tanto no tratamento psicanalítico pais-bebê – dando contorno ou servindo de anteparo ou de elemento libidinizador, inicialmente para o bebê arcaico, ou seja, em tempo real que seus pais nos trazem para a terapia, mas também serve tanto para o pai ou para a mãe, quando um deles ou os dois necessitam porque nos trazem seu bebê que um dia foram. Isso também se dá quando, na psicanálise com crianças pequenas, adolescentes e adultos nos trazem seu infantil. Essas duas funções: servir de anteparo com a intenção de diminuir a carga de excitação que vai direto para a criança, e poder servir de elemento libidinizador quando a mãe ou mesmo o pai não conseguem caminhar nessa direção com seu bebê.

Linguística/Fonoaudiologia – “Ao interpretar as produções sonoras, os olhares, as posturas, a tonicidade de seu bebê, a mãe investe-os de mensagens (função representativa). O material primitivo da linguagem privada entre uma mãe e seu filho é ligado pela mãe à situação global e à interpretação das posturas e dos gestos de seu bebê.” (BOUBLI, 2023, p. 49).

Fisioterapia/Fonoaudiologia/Terapia Ocupacional/Psicanálise/Neurologia
Enrolamento – prazer, conforto, entrega – relação – laço.
Extensão – desprazer, a relação está em jogo aqui, além de poder marcar também um problema neurológico, portanto, é preciso saber discriminar o que é neurológico e o que é um processo defensivo. Evitamento – o que os bebês

evitam, com o aparato neurológico que possuem na época em que começam com seus processos defensivos, já que sabemos que a maturação neurológica não está completa ao nascimento. E se isso se mantém numa fixação de algum padrão postural, a mielinização ocorrerá nessa direção, porque a mielinização se dá pelo funcionamento das funções que se colocam em ação na relação do bebê com sua mãe/primeiro cuidador. Geralmente, chamamos a isso de: processos defensivos na primeira infância.