

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Maycon Andrade Fraga

**A construção da parentalidade e o diagnóstico em bebês: entre a profecia e a
indeterminação**

São Paulo
2024

MAYCON ANDRADE FRAGA

**A construção da parentalidade e o diagnóstico em bebês: entre a profecia e a
indeterminação**

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano.

Linha de pesquisa: Psicanálise e política: Cultura e
desenvolvimento humano.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer

São Paulo
2024

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fraga, Maycon Andrade

A construção da parentalidade e o diagnóstico em bebês: entre a profecia e a indeterminação / Maycon Andrade Fraga; orientadora Maria Cristina Machado Kupfer. -- São Paulo, 2024.

170 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2024.

1. Psicanálise. 2. Parentalidade. 3. Diagnóstico. 4. Bebês. 5. Discurso. I. Kupfer, Maria Cristina Machado, orient. II. Título.

Nome: Fraga, Maycon Andrade

Título: A construção da parentalidade e o diagnóstico em bebês: entre a profecia e a indeterminação

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dra.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dra.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dra.

Instituição:

Julgamento:

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

À Profa. Dra. Cristina Kupfer, pela parceria de anos de trabalho, pela confiança, generosidade, aposta e liberdade proporcionadas a mim, fundamentais para a sustentação e escrita desta pesquisa.

À Profa. Dra. Maria Lívia Moretto, pela destreza e habilidade com que toma a psicanálise e faz dela companheira e ferramenta de trabalho, principalmente em ambientes em que o discurso psicanalítico vai na contramão da norma.

À Dra. Rosa Marini Mariotto, pela disponibilidade, interesse e atenção aos detalhes durante a banca de qualificação, quando tratou o trabalho com rigor e cuidado.

À Dra. Helena Lima, por ter acolhido os primórdios deste trabalho e por ter sido uma companheira na catalisação de uma enxurrada de sentimentos durante a pandemia da COVID-19, o que foi essencial para a germinação da semente que levou a essa dissertação.

À Dra. Leda Bernardino, pela rica transmissão no campo da psicanálise com crianças e por ter me convidado, à época, para integrar o grupo de pesquisa IRDI. Sua aposta em mim pavimentou meu caminho na psicanálise.

À Dra. Ilana Katz, pelos apontamentos precisos e subversivos rumo à desimaginarização da psicanálise com crianças.

À Dra. Mayra Castellani, por ter produzido um trabalho que respondia não só às suas questões, mas também a algumas das minhas; por sua atenção e disponibilidade para me escutar e compartilhar o seu conhecimento.

Ao Dr. Jonas Boni, pela leitura atenta e perspicaz das nuances. Pelas ricas indicações e por seu comprometimento com a transmissão da psicanálise.

Aos meus queridos colegas de equipe do antigo SEIP – Priscila, Carolina, Denise, Pauline, Jamille, Roberta, Leandro e Tatiana. Sem eles esse serviço e essa experiência ímpar não teriam acontecido. Um agradecimento especial à Pri, à Carol, à Dê e à Pauline, pelas risadas, brincadeiras e invenções nos atendimentos que partilhamos, pelas discussões clínicas e por me

ensinarem tanto da fonoaudiologia, da terapia ocupacional, do serviço social e da fisioterapia, respectivamente. Em especial à Pri e à Carol, pela torcida constante e amizade sincera.

À Ana Lúcia Novo, por incontáveis momentos que dividimos nos grupos de pesquisa do IPUSP, durante os quais fomentou a construção de um caminho que me levou a este trabalho. A sua parceria de trabalho foi o que me ajudou chegar até aqui.

À Jussara Leopaci e Luiza Maia, amigas que me acompanharam no meu primeiro mergulho no campo da parentalidade e perinatalidade e que contribuíram para a minha trajetória. Tivemos encontros prazerosos e ricas trocas por esse “universo lacaniano”. Obrigado por ajudarem a manter a chama acesa.

À Taísa Martinelli e Vanessa Freitas, pela atenção, interesse, incentivo, leituras atentas e comentários precisos e preciosos que me impulsionaram a seguir acompanhado na solidão da escrita. A amizade e o companheirismo de vocês fizeram com que esse itinerário fosse menos árduo.

Aos amigos, por continuarem me convidando para os eventos, apesar da minha indisponibilidade e recusas a alguns convites durante esse período.

Aos professores, supervisores e colegas que passaram, apoiaram e deixaram marcas em minha formação e carreira.

Aos “pacientezinhas” e famílias atendidos; esses me ensinaram que é a partir do fio do tempo que é possível entrelaçar, com as palavras, novos pontos e intervalos na história e geografia com o outro.

À Erika e ao Tiago, por anos de escuta atenta, que me ajudaram a desatar nós para construir laços, já que fazer um nome é uma tarefa de vida.

Aos meus irmãos, por acreditarem em mim.

Aos meus pais, pela sabedoria, coragem e por me ensinarem sobre as inevitáveis renúncias da vida.

Ao Gil, por ter partilhado os entraves e comemorações deste trajeto. E, principalmente, por ter me enviado, por correspondência, uma carta: em um papel vegetal, estava ali, copiada, colada e possível de ser lida pelo avesso, a minha própria mensagem. Minha postagem se tornou carta. A despedida, recomeço. O ato renovou o desejo. O gesto era amor.

És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo, tempo, tempo, tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo, tempo, tempo, tempo

Caetano Veloso – Oração ao tempo

RESUMO

Fraga, M. A. (2024). *A construção da parentalidade e o diagnóstico em bebês: entre a profecia e a indeterminação* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo), São Paulo.

Esse trabalho tem por objetivo investigar sobre a experiência da construção da parentalidade diante da revelação do diagnóstico de um filho (bebê), bem como sobre as possibilidades de subjetivação dessa revelação/nomeação. A partir de uma pesquisa teórica em psicanálise e da construção de três casos clínicos atendidos em uma instituição de saúde, no serviço de estimulação e intervenção precoce, durante os anos de 2019 e 2020 (período que abarcou o começo da pandemia da COVID-19), foram estabelecidos três eixos que nortearam a pesquisa: psicanálise, parentalidade e diagnóstico em bebês. Considerando que a parentalidade é efeito do laço social e é atravessada pelos discursos que a permeiam à cada época, discorrer sobre os as alterações da clínica médica e dos manuais diagnósticos, bem como sobre os elementos do discurso médico se fez oportuno. Os atos diagnósticos, como elementos do discurso médico, produzem realidades e subjetividades, ao circunscrevem um marco na vida de quem os recebe. A posição dos psicanalistas sobre os diagnósticos em bebês, principalmente quanto aos psicopatológicos, em comparação aos de afecções no organismo, envolve uma preocupação de efeitos iatrogênicos, danosos e constritivos para a constituição subjetiva, em virtude da força social do discurso médico. Diante da preocupação primária com o futuro do bebê, o trabalho com os pais ganha menos relevo nas discussões encontradas. Por meio de uma leitura lacaniana, podemos localizar que as reverberações de um ato diagnóstico não podem ser determinadas *a priori*, uma vez que a indeterminação e o contingente são elementos intrínsecos a dimensão do inconsciente. Podemos concluir que um diagnóstico de um filho (bebê) pode ser subjetivado pelos adultos cuidadores. Alguns elementos se revelam matrizes que se concatenam e/ou se desatam para esse processo, como: a nomeação do diagnóstico; a articulação entre desejo, amor e gozo do lado dos cuidadores; o luto de marcas prévias; e o caráter de indeterminação ou profecia que um diagnóstico pode ser marcado a cada narrativa construída. A parentalidade, portanto, necessita ganhar relevo nessa temática, permitindo que mães e pais possam ir ao encontro de um discurso menos determinativo, como o psicanalítico, pois, ao levar em conta o contingente, promove aberturas para ressignificações. Dessa maneira, tomar a temática dos diagnósticos em bebês sob a vertente da parentalidade forneceu construções para precisar cada vez mais a importância do lugar dos pais na constituição do sujeito na criança que recebe um diagnóstico; além de lançar luz sob um ângulo diferente sobre os diagnósticos na primeira infância.

Palavras-chave: psicanálise; parentalidade; diagnóstico; bebês; discurso.

ABSTRACT

Fraga, M. A. (2024). *The construction of parenting and the diagnosis in babies: between prophecy and indeterminacy* (Masters Dissertation). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This work aims to investigate on the experience of constructing of parenting in the face of the revelation of a child's (baby's) diagnosis, as well as on the possibilities of subjectivation of this revelation/naming. Based on a theoretical research in psychoanalysis and the construction of three clinical cases treated in a health institution, in the stimulation and early intervention service, during the years 2019 and 2020 (a period that included the beginning of the COVID-19 pandemic), three guides were established that traced the research: psychoanalysis, parenting and diagnosis in babies. Considering that parenting is an effect of the social bond and is influenced by the discourses that permeate it at each time, discussing the changes in clinical medicine and diagnostic manuals, as well as the elements of medical discourse, was opportune. Diagnostic acts, as elements of medical discourse, produce realities and subjectivities, by circumscribing a milestone in the life of those who receive them. The position of psychoanalysts on diagnoses in babies, especially regarding psychopathological ones, in comparison to those regarding organic diseases, involves a concern about iatrogenic, harmful and constrictive effects on the subjective constitution, due to the social force of medical discourse. Given the primary concern for the baby's future, working with parents gains less importance in the discussions found. Through a Lacanian reading, we can find that the reverberations of a diagnostic act cannot be determined a priori, since indeterminacy and the contingent are intrinsic elements of the unconscious dimension. We can conclude that a diagnosis of a child (baby) can be subjectivized by adult caregivers. Some elements reveal themselves to be matrices that are concatenated and/or untied to this process, such as: the naming of the diagnosis; the articulation between desire, love and jouissance on the caregivers' side; the mourning of previous marks; and the character of indeterminacy or prophecy that a diagnosis can be marked in each constructed narrative. Parenting, therefore, needs to gain prominence in this theme, allowing mothers and fathers to go towards a less determinative discourse, such as psychoanalytic, as, by taking into account the contingent, it promotes openings for resignifications. In this way, taking the theme of diagnoses in babies from the perspective of parenting provided constructions to increasingly clarify the importance of the role of parents in the constitution of the subject in the child who receives a diagnosis; besides to shedding light from a different angle on the early childhood diagnoses.

Keywords: psychoanalysis; parenting; diagnosis; babies; discourse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os quatro lugares da teoria dos discursos	80
Figura 2 - Os quatro tipos de discurso	80
Figura 3 - Nó borromeano	98

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychology Association
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS-PSI	Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IRDI	Indicadores de Risco/Referência para o Desenvolvimento Infantil
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PePSIC	Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PRONAS	Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência
RSI	Real, Simbólico e Imaginário
SciELO	Scientific Electronic Library Online
S.D.	Síndrome de Down
SEIP	Setor de Estimulação e Intervenção Precoce
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
T.O.	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Justificativa	22
1.2	Objetivo	25
1.3	Método	25
2	DAS ALTERAÇÕES FAMILIARES À PARENTALIDADE	28
2.1	Breve panorama das mudanças no campo da família.....	28
2.2	A parentalidade não sem as funções materna e paterna: a subjetivação em jogo	33
2.3	A parentalidade como efeito do laço social	37
3	DA CLÍNICA MÉDICA AO DISCURSO MÉDICO	40
3.1	O nascimento da clínica médica moderna.....	40
3.2	O ato diagnóstico como um pilar e os manuais classificatórios.....	47
3.2.1	O diagnóstico na perspectiva sociológica.....	49
3.2.2	Considerações acerca da noção de diagnóstica proposta por Dunker	56
3.2.3	Um manual a cada versão: As alterações do DSM ao longo das décadas	59
3.3	A antinomia discursiva entre Psicanálise e Medicina	64
4	DOS ATOS DE FALA À NOMEAÇÃO: DE AUSTIN A LACAN	69
4.1	O que os atos diagnósticos produzem? As contribuições de Austin e Lacan	70
4.1.1	A teoria do ato e a indeterminação	77
4.1.2	Os discursos em Lacan	79
4.1.3	A noção de narrativa.....	83
4.2	Três tempos do ato diagnóstico: Revelação, identificação e nomeação	86
4.3	As marcas das nomeações	92
5	LEITURAS PSICANALÍTICAS SOBRE O DIAGNÓSTICO DE BEBÊS COMO NOMEAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE	96
5.1	O lugar do bebê no campo do Outro: desejo, amor e gozo.....	97
5.2	Diagnósticos psicopatológicos <i>versus</i> diagnósticos do organismo	100
5.2.1	Detecção precoce, prevenção e diagnóstico psicopatológico	108

5.3	Angústia, luto e sofrimento nos pais	122
5.4	O que é possível fazer com esse nome? Entre a profecia e a indeterminação.....	131
6	CASOS CLÍNICOS	138
6.1	Paula e Laís: “ <i>Nenhum médico descobre o que essa menina tem</i> ”	138
6.2	Manoela e Joaquim: “ <i>o que é o meu filho?</i> ”	144
6.3	José, Maria e Samuel: “ <i>ele é o meu downzinho</i> ”	150
6.4	Considerações sobre os casos clínicos	152
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
	REFERÊNCIAS.....	158
	APÊNDICE A – CARTA DE DESPEDIDA.....	170

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelas questões que sustentam esse trabalho surgiu a partir da minha experiência como psicólogo clínico em uma instituição pública de saúde, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizada na Região Metropolitana de São Paulo (SP), no setor de estimulação e intervenção precoce¹ (SEIP), durante os anos de 2019 e 2020 (período que abarcou os primeiros seis meses da pandemia da COVID-19).

Esse serviço era considerado um serviço-piloto, inédito no município, atendia bebês e crianças, de zero a seis anos, encaminhados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e maternidades. Ainda que as crianças mais velhas não se enquadrassem na “estimulação precoce”, o serviço recebeu esse público por haver uma demanda reprimida à espera de tratamento.

Os encaminhamentos aconteciam caso fossem identificadas alguma patologia e/ou suspeita de potencial atraso no desenvolvimento psicomotor dos bebês, em virtude de síndromes genéticas, complicações na gestação e/ou parto, doenças congênitas e/ou prematuridade extrema. Quanto às crianças, os critérios eram de efetivo atraso no desenvolvimento psicomotor, de linguagem e fala, deficiência intelectual, deficiência física, ou, ainda, psicopatologias.

Para pensar essas crianças e bebês, é preciso, antes, sublinhar de qual infância estamos tratando ao demarcar os contextos econômicos, sociais, culturais e geográficos em que elas e suas famílias estão inseridas. Aqui fazemos uso da noção de "infâncias contra hegemônicas" de Katz (2022), para assinalar que a população atendida não correspondia à infância universal que, no Brasil, é “branca, rica e filha de famílias cis, hétero e biparentais, e também não tem deficiência classificada”.

Considerando os fatores sociopolíticos e culturais que regem o Brasil de hoje, não podemos dizer que exista uma experiência de infância única, praticada para todos em qualquer contexto. Pertencemos a uma organização social em que algumas crianças têm acesso a direitos, enquanto outras a nenhum. Desse modo, a divisão de classes, os marcadores geográficos e

¹ A estimulação precoce é um serviço especializado de saúde, balizado por diretrizes nacionais estabelecidas pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e se refere a um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas (de zero a três anos) acometidas por diversas patologias. O objetivo é buscar o melhor desenvolvimento possível para a criança, mitigando as sequelas das patologias no desenvolvimento neuropsicomotor, na aquisição da linguagem, na socialização e na constituição subjetiva. Além disso, essa modalidade de intervenção também visa contribuir na estruturação do vínculo cuidadores-bebê e no acolhimento familiar dessas crianças (Ministério da Saúde, 2016).

territoriais atravessam a temática da infância, o que nos leva a concluir, como afirma Katz (2019), que o termo preciso e justo é infâncias, no plural.

Nesse sentido, o território em que a instituição estava situada é em um bairro ao lado do centro, em um município marcado, majoritariamente, por uma condição de fragilidade social e de difícil acesso a direitos, em virtude de um contexto econômico precário. Dessa maneira, o público atendido pertencia, em sua grande maioria, às classes D e E, residentes em periferias. Algumas famílias dependiam das políticas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família/Auxílio Brasil, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e/ou o Auxílio Emergencial (pago durante os dois primeiros anos da pandemia da COVID-19 para aqueles que se encaixavam nas diretrizes) para sobreviverem. Além desses marcadores, a maioria dos responsáveis pelo tratamento e cuidado dos filhos eram as mulheres, que, em virtude dessa árdua jornada de trabalho (não remunerado), não conseguiam estar no mercado de trabalho. Aquelas que ainda trabalhavam fora de casa, algumas estavam em atividades informais, sem vínculos empregatícios, para complementar a renda familiar, outras eram responsáveis por sustentarem, sozinhas, a prole. Poucas famílias contavam com rede de apoio (familiares, vizinhos e parentes) e com creches para os bebês.

É nesse sentido que os fatores sociopolíticos e econômicos, que tecem as diferentes realidades no Brasil, proporcionam diferentes experiências de infâncias e cuidado, a depender de seu contexto (Katz, 2021a). Tais aspectos também estão imbricados no modo como se pensa o ideal de criança e infância pelas próprias políticas públicas, que, por meio desses parâmetros, constituem as propostas de cuidado oferecidas pelos serviços de saúde e assistência.

No SEIP, inicialmente, todos os pacientes (bebê/criança + responsável) teriam cinco atendimentos terapêuticos individuais semanalmente (um da Terapia Ocupacional, um da Fonoaudiologia, um da Psicologia e dois da Fisioterapia), consultas periódicas com a Enfermagem e com a Neuropediatria e acesso livre e contínuo ao Serviço Social. No primeiríssimo desenho institucional feito pela gestão, pretendeu-se realizar atendimentos separando a dupla (responsáveis e bebês/crianças): simultaneamente, no mesmo horário, o psicólogo atenderia em uma sala os pais ou as mães, enquanto em outra sala iria ocorrer um atendimento da fisioterapeuta, da fonoaudióloga ou da terapeuta ocupacional. Esse desenho institucional ocorreu anteriormente à formação da equipe e era sustentado pelos seguintes critérios: metas de quantidade de atendimentos estabelecidas pelo convênio com a secretaria de saúde do município, a agenda e a carga horária dos profissionais e a distribuição da quantidade de pacientes por profissional.

Diante da lógica neoliberal de “mais em menos tempo”, o que fica implícito nessa configuração é que seria possível desassociar o que se passa na relação de um bebê/criança com seu cuidador, como se fossem demandas independentes e desarticuladas de um laço, contexto e época. Para Katz (2021a), não há quaisquer políticas públicas, de cuidado em saúde ou educação, e de sistemas de garantia de direitos a essa população, que se institua sem a formulação de uma concepção de infância, “do que é uma criança e do que devemos lhe oferecer como cuidado nos âmbitos familiar, social e estatal” (p. 118).

Desse modo, a primeira intervenção que realizei na instituição foi apontar, para os gestores, que esse desenho estaria fadado ao fracasso, pois, além dos responsáveis não aderirem a essa separação imediata e deixarem seus filhos “sozinhos” em outra sala, havia um potencial risco para os bebês e para a própria instituição, caso houvesse alguma intercorrência grave de saúde, pois na época tínhamos pacientes bebês que usavam balão de oxigênio, sonda de gastrostomia, outros eram cardiopatas e tinham baixa saturação de oxigênio na corrente sanguínea e alguns bebês tinham propensão a engasgos, em virtude de dificuldades de deglutição causadas por doenças neurológicas. Tal apontamento foi aceito pela equipe e, a contragosto, pela coordenação, que precisou redesenhar a agenda. Todavia, houve uma contrapartida: em virtude do rearranjo, o psicólogo ficaria sem sala para atendimento em alguns dias da semana, portanto teria que “entrar na sala de outro terapeuta para atender os pacientes”. A contrapartida das interconsultas que parecia ter intuito de punição, como reação a minha intervenção, acabou se tornando um presente para a minha inserção na equipe² e motor para futuras mudanças institucionais – ainda, é claro, submetidas às limitações das metas de atendimento do convênio estabelecido.

Por mais que, de partida, a burocracia tivesse circunscrito a clínica dos terapeutas, os atendimentos realizados com as famílias, as demandas e/ou dificuldades mais presentes em cada caso (seja do responsável ou da criança) e as vicissitudes existentes em uma equipe interdisciplinar, exigiram uma reorganização do fluxo institucional, pois havia a necessidade de novos enquadres e direções de tratamento. Assim, aos poucos, os atendimentos passaram a ocorrer ou não com base na avaliação de cada profissional e nas discussões dos casos em equipe, o que fez surgir novas modalidades de atendimentos: Além dos individuais com responsáveis e

² Moretto e Prizskulnik (2014) distinguem que entrar para trabalhar em uma equipe em uma instituição de saúde não equivale a estar inserido nela. A construção desse lugar não é definitiva e requer um processo, de modo a que o psicanalista possa operar, que vai para além do preenchimento da vaga e do contrato assinado. O processo de inserção do analista na equipe só pode ocorrer na relação entre ambos e diz respeito a um processo psíquico que vai depender do ato do analista frente aos pedidos que lhe são dirigidos. O analista deverá apurar as demandas recebidas, a fim de averiguar se a equipe considera, ou não, o surgimento da subjetividade dos pacientes na cena médica. Em ambos os casos, o analista deve trabalhar as dificuldades, seja as do lado do paciente, seja as da equipe.

bebê/criança, nasceram os atendimentos compartilhados entre os terapeutas, o grupo de crianças, o grupo de bebês e os atendimentos individuais somente para os pais e mães, realizado pela Psicologia. Construiu-se, assim, um serviço orientado não só pela burocracia e metas da gestão, mas também pelas contribuições dos profissionais clínicos.

O SEIP ficou em funcionamento por 1 ano e 4 meses, de junho de 2019 a agosto de 2020. Diante do decreto de quarentena estabelecido pelo Governo Federal após as notícias do avanço da pandemia do coronavírus (COVID-19) no Brasil, em março de 2020, e um hiato de 2 meses nos atendimentos, devido ao isolamento social, o trabalho seguiu de maneira remota, por meio de chamadas de vídeo pelo *Whatsapp*, durante cerca de 4 meses.

Como o serviço era experimental, havia a possibilidade de ser estabelecido definitivamente na instituição. Contudo, mesmo com os ótimos resultados de adesão aos tratamentos, das metas de atendimento e do intenso movimento de renovação do projeto por parte das famílias, que solicitavam sua continuidade na prefeitura, o serviço foi encerrado de modo remoto por uma decisão da secretaria de saúde do município, justificando escassez de verba, em virtude dos gastos com a COVID-19³. As famílias atendidas foram lançadas ao destino, com pouca ou nenhuma assistência do município para a continuidade do tratamento, já que os outros dispositivos públicos de saúde não ofereciam o serviço ambulatorial de estimulação precoce.

O encerramento do serviço foi bastante difícil não só para os pacientes, mas também para a equipe, principalmente porque estávamos em um período nebuloso e nefasto mundialmente, assolados pelas incertezas, pelo bombardeio de informações e pelas milhares de mortes provocadas pela COVID-19 diariamente. O meu luto pode ser interligado e ritualizado coletivamente ao de meus colegas de equipe, tanto frente à perda do que havíamos construído conjuntamente no SEIP, quanto ao dos inúmeros tipos de perdas provocadas pela pandemia. Do atravessamento conjunto, o sentimento de perda pode ser transformado em agradecimento e alegria por ter podido carregar essa experiência comigo, todavia sob um novo manto: o da saudade.

Desse modo, os cortes provocados pela pandemia e pelo encerramento do serviço de estimulação precoce me puseram a trabalhar mais. A primeira formulação que pude fazer foi

³ A instituição de saúde em que esse serviço aconteceu é uma Organização da Sociedade Civil (OSC) conveniada ao SUS e obteve verba federal por meio do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) (Ministério da Saúde, 2018) para a readequação institucional, aquisição de equipamentos e para iniciar e manter o serviço por um ano e após esse período, a secretaria de saúde do município teria a responsabilidade de dar seguimento, subsidiá-lo e manter o repasse de verba.

uma carta de despedida⁴ refletindo sobre as nuances do tempo, principalmente porque nesse percurso o termo “precoce” dava nome ao serviço. Inevitavelmente concluí, parafraseando a parlenda: *o tempo tem o tempo que o tempo tem*. Todavia, ainda se fazia necessário ver, compreender e concluir⁵ outra vez novas questões suscitadas por essa experiência clínica e institucional.

Durante o funcionamento do SEIP, diversos desafios clínicos e impasses surgiram ao longo da minha atuação: houve dificuldades e conflitos com a equipe, em virtude de partirmos de diferentes discursos e noções sobre tratamento; impasses iniciais na transmissão para a equipe sobre como um psicanalista trabalha com bebês, mas que, no decorrer do tempo, eles puderam compreender e perceber os efeitos das minhas intervenções e propostas; e dificuldades para construir um espaço para inserir as subjetividades e os sofrimentos dos responsáveis (majoritariamente mães), em um ambiente no qual o foco era a estimulação do bebê/criança.

Havia ainda impasses articulados a aspectos sociopolíticos, como, por exemplo, obstáculos frente à precarização da saúde pública e da intensa vulnerabilidade social e econômica do público atendido: algumas famílias se atrasavam ou não conseguiam ir para o tratamento, pois não tinham dinheiro para o transporte público; famílias que dependiam exclusivamente do sistema público de saúde e que não conseguiam exames e consultas com outras especialidades para os filhos; ou ainda, havia aquelas que tinham urgência de benefícios sociais para, enfim, terem uma fonte de renda, mas que dependiam de laudos dos quais constassem os diagnósticos dos bebês.

A temática do diagnóstico dos bebês foi pauta de diversas reuniões de equipe, discussões e discordâncias entre os profissionais e assunto constante nos atendimentos clínicos. Durante as sessões, deparei-me com diversas famílias em bastante sofrimento, ao terem que encarar o processo de tratamento e reabilitação de seus bebês. Frente a muitos vieses, cada cuidador formulava, à sua maneira, modos de lidar com o fato de o bebê que imaginaram não corresponder àquele que estava diante deles. Havia aqueles que diziam não conseguir amar e aceitar seus filhos, estavam paralisados em um sofrimento decorrente de intercorrências no parto (momento que ocasionou ou favoreceu o surgimento de uma patologia no bebê), aqueles que negavam veementemente as dificuldades apresentadas, repetindo para si mesmos “mas

⁴ Adicionada como apêndice A ao final desse trabalho.

⁵ Referência à noção de tempo lógico de Lacan (1945/1998b), no qual o *instante de ver* envolve o imediatismo da conclusão, o *tempo de compreender* abarca a reflexão, a formulação de hipóteses, conjecturas e o raciocínio, e o *momento de concluir* envolve a certeza antecipada, articulada à pressa e à urgência de concluir, para que se advenha uma verdade.

ele/ela é normal!”, ou ainda, aqueles cuidadores que estavam à espera de um quadro clínico ser diagnosticado.

Já nas reuniões de equipe, foi possível observar o quanto os colegas pouco refletiam sobre os impactos de um diagnóstico para os pais e mães, tendo um possível efeito no investimento libidinal nos filhos. Na primeira reunião sublinhei que considerava necessário ter cautela para não se diagnosticar rapidamente os pacientes no que concerne às psicopatologias – posicionamento que confrontava com a lógica institucional, os quais solicitavam, após uma apressada avaliação nos primeiros atendimentos, um diagnóstico para se pensar a terapêutica⁶.

Ainda que o diagnóstico seja uma das incumbências do médico, há profissionais da saúde de outras áreas que também podem operar pelo discurso médico e diagnosticar os pacientes, com base nos parâmetros de sua área. Portanto, nas reuniões seguintes, realizei constantes intervenções na equipe, com o intuito de provocar reflexões sobre o processo de diagnosticar o bebê e revelar para a família. A ideia era fazê-los ponderar sobre esse ato não somente como uma etapa protocolar inerente à prática de um clínico⁷, mas também como um momento para se pensar a subjetividade dos familiares, o estado psicológico de cada um e como estava a construção, ou não, da relação entre cuidador e bebê.

Desse modo, o diagnóstico em bebês foi se tornando temática de constantes indagações para mim: como isso poderia incidir na constituição subjetiva das crianças, considerando o impacto nos pais? Existiria uma melhor maneira e momento certo para revelar o diagnóstico? Como intervir, junto a essas mães e pais, e favorecer a construção de novas alternativas para enfrentar o impacto da revelação do diagnóstico e os desafios que isso acarretaria? Qual significação essas famílias iriam atribuir ao diagnóstico de seus filhos? E como isso poderia incidir no estabelecimento dos cuidados e laço para com esses bebês? E ainda: Por que esse assunto era tão pouco pensado pelos profissionais de saúde, tal como observado neste serviço? Como tratar dessa temática em uma instituição de saúde que, em várias ocasiões, eu esbarrava com laudos, CIDs⁸ e perguntas a respeito?

⁶ O posicionamento acerca de não diagnosticar apressadamente um bebê estava sustentado nas discussões da psicanálise sobre o campo dos diagnósticos psicopatológicos na infância, que se apresentam muito controversos, turvos, por vezes banalizados e, exponencialmente em crescimento na última década. O debate sobre esse tema será apresentado no capítulo “Leituras psicanalíticas sobre o diagnóstico de bebês como nomeação e a construção da parentalidade”.

⁷ Em linhas gerais, o clínico é aquele que irá ler os signos que formam o campo de uma semiologia e que organizam uma diagnóstica, de maneira a justificar as escolhas de um tratamento (terapêutica). Além disso, o termo “clínico”, que diz respeito àquele que pratica a arte da cura, é anterior à construção do dispositivo da clínica moderna, estabelecida ao final do século XVIII, mas que, em essência, perdura até os dias atuais (Dunker, 2011).

⁸ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) é um compilado de classificações e codificações de doenças e de uma ampla gama de sinais e sintomas, criado pela

Além dessas inquietações serem diárias durante a minha prática na instituição, em minha formação em psicanálise encontrava, por meio de textos, discussões e supervisões com outros analistas, os diagnósticos em bebês e crianças (no que tange às psicopatologias e/ou aos distúrbios do neurodesenvolvimento), frequentemente, sendo tomados ora como uma entidade nefasta, ora como um lobo mau que deveria ser combatido com uma parede de tijolos bem resistente⁹; ou ainda, que nós, psicanalistas, não tínhamos relação com isso, pois essa temática compete à medicina e correlatos. Posteriormente, pude me dar conta que nesses espaços pouco se discutia criticamente marcadores de raça, classe e gênero, o que os levava a reproduzir, em certa medida, uma visão universalizante da infância e dos diagnósticos. Além, é claro, da temática dos diagnósticos ser tomada, primariamente, sobre as possíveis marcas para a constituição dos bebês, não necessariamente sobre as marcas nos pais.

Somado a isso, no campo psicanalítico havia uma constante proposta de despatologização da infância¹⁰ e de ideais contundentes contra a lógica classificatória e medicalizante das psicopatologias¹¹. Assim, meu percurso de formação em psicanálise até então, contribuiu para a construção de um arcabouço teórico e técnico, que me levou a compactuar com essa concepção acerca do diagnóstico médico e que, de partida, entrou comigo pela porta da instituição, mas que sofreu modificações até a minha saída. Ao localizar as minhas limitações, assim como a dos estudos psicanalíticos a esse respeito, pensei em possibilidades, pois era preciso suportar as contradições, as antinomias discursivas e as disputas de poder para derivar esse assunto e abordá-lo por outro viés.

Embora o diagnóstico seja inerente à prática de um clínico, principalmente em uma instituição de saúde, o qual também está articulado a outros aspectos, como, por exemplo, a condução do tratamento medicamentoso, o acesso a benefícios sociais e o meio utilizado para

Organização Mundial de Saúde (OMS), e utilizado no mundo todo, com o intuito de padronizar a linguagem médica e de monitorar e contabilizar estatisticamente enfermidades, a incidência e prevalência de doenças, de natalidade e mortalidade, entre outros.

⁹ Referência à crítica no texto: Goldenberg, R. (2011). (Quem tem medo do) DSM-IV? In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea (pp. 39-44). São Paulo: Via Lettera.

¹⁰ O empenho em se pensar uma despatologização da infância envolve um recorte que compete aos diagnósticos de cunho “psi”, no qual diversos autores propõem outra maneira para se pensar os diagnósticos psicopatológicos e o sofrimento psíquico na infância, diferente daquelas sustentadas pelos protocolos *checklist* da lógica biomédica. Além disso, esse modo de leitura de tais fenômenos está embasado numa concepção de que as psicopatologias na infância não estão decididas, no que compete a definição estrutural da constituição subjetiva. Assim, alguns psicanalistas sustentam que o diagnóstico médico poderia ter um efeito iatrogênico, em virtude desse significativo alçar um lugar de primazia, encapsulando o sujeito. Essa temática será debatida no capítulo “Leituras psicanalíticas sobre o diagnóstico de bebês como nomeação e a construção da parentalidade”.

¹¹ Essa mesma posição de fazer frente aos diagnósticos psicopatológicos não se apresentava da mesma maneira diante de outras patologias localizadas em outras categorias diagnósticas, no qual a afecção, déficit, mutação ou doença aparece no organismo. Algumas hipóteses serão levantadas para essa questão no subitem “diagnósticos psicopatológicos *versus* diagnósticos do organismo”.

a contabilização estatística de casos, a clínica psicanalítica nos aponta que a revelação de um diagnóstico implica uma experiência que ultrapassa o âmbito da informação de um dado. É, também, uma notícia que aparece como uma marca na linha do tempo de vida de quem o recebe, uma ruptura que, potencialmente, implicará uma radical mudança de rota das coordenadas simbólicas e na reorganização da vida de um grupo de pessoas por décadas, em diferentes esferas, como a jurídica, econômica, moral, educacional, psíquica e emocional (Dunker, 2011).

Ao entrar em contato com outros saberes e discursos na instituição, foi necessário repensar a minha posição diante do assunto e assumir uma atitude mais flexível. Foi preciso me desalojar de algumas certezas, principalmente quando a clínica mostrava que saber o diagnóstico de um filho poderia ter efeitos avassaladores nos pais, mas não saber também poderia. Assim como saber o nome de um diagnóstico poderia ter um efeito organizador e delimitador da angústia dos pais, frente ao enorme buraco do “ninguém sabe o que ele/ela tem”, e orientá-los para uma direção menos enigmática. E, apesar do diagnóstico indicar um norte, perguntava-me sobre os possíveis caminhos a que este poderia levar: o tratamento será da doença ou da criança? Os cuidados virão em função de se tratar de um bebê ou em razão da patologia? Quem/o que virá na frente: o bebê ou o diagnóstico?

Entre tantas questões e incômodos, o pedido feito por Manoela, mãe de Joaquim, seguiu ressoando. Em meio a discussões sobre o diagnóstico de seu filho, ao pedir um relatório para a creche, Manoela tem um ato falho e diz: “*Eu gostaria que você fizesse um relatório dizendo o que é o meu filho*”. A afirmação é transformada em pergunta e dirigida de volta para a paciente: “*O que é o meu filho?*”. Estarrecida e surpresa, silenciou. Propus então que, em troca do relatório para a escola, ela pudesse também escrever um relato dizendo *quem* é o filho dela. Texto enviado uma semana antes de o serviço ser encerrado.

Esse instante provocou um grande impacto, colocou-me a trabalho e proporcionou uma primeira formulação: qual a relação entre a parentalidade e o diagnóstico de bebês? Ou melhor: que impacto o diagnóstico pode ter para a construção da parentalidade? O diagnóstico pode incidir no modo como os cuidadores irão se referir a seus filhos?

Em contrapartida, em outros dois casos atendidos, a relação entre o diagnóstico e a construção da parentalidade seguiu diferentes direções. Para Paula, mãe de Laís, não saber o que a bebê tinha era desesperador. Ela clamava por um nome (e por consequência uma terapêutica) que pudesse vir circunscrever sua angústia, assim como encontrar uma maneira de cuidar de sua filha, pois até aquele momento dizia não saber. Em situações desse tipo, o diagnóstico é indispensável como tentativa de tamponar o mal-estar ou analisar a demanda no

pedido pode promover uma abertura e reposicionamento do lado dos cuidadores? Não obstante, no terceiro caso, Maria dizia do diagnóstico de Samuel de maneira particularizada e carinhosa, pode fazer uma transformação do nome do diagnóstico e chamava o bebê de “*o meu downzinho*”. O que estava em jogo aqui? O que foi possível ser produzido nessa família, em que o diagnóstico teve outro desdobramento?¹².

É em função dessas questões que formalizamos três eixos norteadores dessa pesquisa: psicanálise, parentalidade e diagnóstico em bebês, a fim de compreender o que os diagnósticos na clínica com bebês podem revelar sobre o papel da linguagem e do significante no estabelecimento do laço entre pais e filhos, assim como o que é possível ser feito a partir dessa revelação.

Vale esclarecer que, por uma decisão metodológica, o diagnóstico será tomado a partir de sua função enquanto palavra nomeante de determinada situação, ou seja, o enfoque será para o diagnóstico como um elemento de linguagem, sem necessariamente promover uma hierarquia entre os diagnósticos que vêm nomear algo patológico ou disfuncional no corpo, nos órgãos, no gene, nos processos psicológicos ou no laço. O que estamos delimitando é que, independentemente do âmbito ou da condição que o diagnóstico venha nomear, seja de transtornos mentais ou doenças/síndromes orgânicas, em todas as situações, ele está sustentado pela linguagem e por seus processos inerentes. Isso não significa que os binômios vida e morte, cura e reversibilidade do quadro, prognóstico e terapêutica serão desconsiderados ou que estejamos fazendo um pareamento entre os diagnósticos psicopatológicos e os diagnósticos do organismo (nomenclatura que estamos cunhando para pensar os diagnósticos que localizam uma afecção no organismo).

Desse modo, a pesquisa foi balizada por três eixos, os quais direcionaram sua tecitura: psicanálise, parentalidade e diagnóstico em bebês. Sustentado pela psicanálise, o capítulo 2 oferece um breve panorama sobre família e parentalidade, explorando as mudanças históricas nas formações familiares, os elementos transmitidos às gerações futuras e as bases para a construção da parentalidade, considerando os efeitos do laço social nesse processo. Enfatiza-se que a maternidade e a paternidade não são inatas, mas construções dependentes da interação entre os adultos cuidadores e os bebês/crianças. Desse modo, destaca-se a importância do processo pelo qual os sujeitos encontram maneiras de aceder a tais lugares e construir as funções (materna e paterna), em que os cuidados com a prole, a constituição subjetiva dos bebês e a

¹² As três vinhetas apresentadas serão desdobradas no capítulo sobre as discussões dos casos clínicos.

assunção dos lugares de mãe e pai estão em jogo e são atravessados por diferentes discursos oriundos do laço social.

No capítulo 3, as ideias de Michel Foucault são empregadas como base para uma exploração das modificações no campo da medicina a partir do século XVIII, com a ascensão dos estudos da anatomia patológica e com o nascimento da medicina moderna científica e sua inserção como reguladora social. A partir daí, a análise se divide em duas vertentes: (1) a medicina científica e o diagnóstico, examinando a cientificidade crescente do diagnóstico médico, sua influência social e os sistemas classificatórios, como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual de Transtornos Mentais (DSM); (2) a medicina social e o discurso médico, discutindo o impacto deste discurso na sociedade e nas políticas de saúde. Por fim, ao articular Psicanálise e Medicina, pretendemos abordar o sofrimento psíquico decorrente do adoecimento e do recebimento de um diagnóstico, o que traz elementos para fomentar o debate sobre os impactos do diagnóstico em bebês e do discurso médico na parentalidade.

Já no capítulo 4, o intuito é explicar sobre a força de um ato diagnóstico e o quanto ele produz e modifica as realidades das pessoas. Desse modo, em paralelo às ideias de Lacan a respeito da linguagem, apresentamos a teoria dos atos de fala do filósofo John Austin a fim de avaliarmos, sob diferentes perspectivas, o mesmo fenômeno e apontarmos as disjunções teóricas entre os autores. Em seguida, optamos por caminhar com as ideias lacanianas para introduzir as noções de ato e de discurso, com o intuito de, em seguida, desfiar o ato diagnóstico em três momentos: revelação, identificação e nomeação. Tal percurso traz ferramentas para retomarmos a questão central: o que é possível, para os pais, fazer com as marcas de um diagnóstico médico?

No capítulo 5, são discutidas e articuladas as concepções construídas previamente, abrangendo a parentalidade, as lógicas diagnósticas e a revelação/nomeação de diagnósticos em bebês. O objetivo é analisar a prática clínica psicanalítica com bebês, abordando a relutância dos psicanalistas em relação aos diagnósticos. Nesse contexto, ocorre um levantamento teórico das perspectivas do campo em relação aos diagnósticos orgânicos e psicopatológicos em bebês. No âmbito da psicopatologia, surgem diferentes concepções, como a prevenção e a detecção precoce de diagnósticos na infância, o que levanta preocupações sobre a patologização e a medicalização da infância. Além disso, o capítulo explora o lugar da criança no campo do Outro, considerando as esferas desejo, amor e gozo, e aborda o impacto emocional dos diagnósticos nos pais, enfatizando a relação entre angústia, luto e sofrimento. Essa investigação culmina em uma questão fundamental: a significação de um diagnóstico para os pais, as saídas

narrativas encontradas e, sobretudo, as possibilidades de enlaces ou desenlaces. Diante do cálculo no diagnóstico em bebês, estaremos frente a um dilema: profecia ou indeterminação?

A partir dos casos atendidos na instituição, e que serão apresentados no capítulo 6, consideramos como hipótese que, quando o diagnóstico pode ser trabalhado na rede de significantes das mães e dos pais, promovendo um deslizamento e uma inflexão, apostamos que ele poderá não se fixar numa posição de congelamento e não se sobrepor aos investimentos necessários para a subjetivação do bebê, promovendo um tipo de enlace, não somente desenlace, entraves e/ou efeitos deletérios. Tratar da temática a partir de outro viés, não com enfoque nos bebês, mas sim na parentalidade, culminou em uma consideração que amplia o debate clínico e traz uma leitura diferente em comparação com as certezas em excesso de alguns psicanalistas que trabalham com a clínica com bebês: o saber deduzido, *a posteriori*, de efeitos negativos de um diagnóstico, não pode ser utilizado como parâmetro *a priori*.

1.1 Justificativa

Nascida durante o apogeu da clínica médica clássica de Viena, especificamente da neurologia e psiquiatria do final do século XIX, Freud construiu a psicanálise usando as ferramentas da lógica científica que estavam à sua disposição naquela época, ainda que promovendo uma subversão das matrizes clínicas (Dunker, 2000). A escuta e investigação do inconsciente rompiam com a lógica médica que vigorava até então, isto é, aquela que primava pela consideração em primeiro plano da anatomia patológica e era marcada pela soberania do olhar (Foucault, 1963/2021a).

Desde então, na tentativa de construir uma terapêutica possível para tratar os sintomas que não cessavam de suas pacientes histéricas, o médico austríaco estabeleceu uma outra ordem para a semiologia, etiologia e diagnóstico dos sofrimentos de seus pacientes – com a psicanálise, essas categorias sofreram uma torção em relação à clínica médica.

Do final do século XIX até os dias atuais, constantes mudanças ocorreram no campo médico, principalmente em virtude da biomedicina, microbiologia, exames por imagem e laboratoriais, de modo que as métricas para se averiguar uma queixa clínica ou doença também padeceram desse efeito. Em diferentes medidas e meios, a psicanálise também avançou em suas proposições teóricas e clínicas, com o intuito de estar à altura da subjetividade de sua época, conforme aponta Lacan (1998).

Na conferência "O lugar da psicanálise na medicina", de 1966, Lacan (2001a) assinala que a psicanálise ocupa uma posição marginal, extraterritorial em relação à medicina, tanto do

lado médico, que toma a psicanálise como uma medida externa, como a de outras terapêuticas do campo da saúde, servindo somente para auxiliar o saber médico, como do lado dos psicanalistas, os quais conservam essa posição. Pois bem, conservar tal extraterritorialidade não significa somente fazer resistência e oposição ou ser indiferente à medicina e seu discurso.

Com esses postulados lacanianos, a psicanálise se incumbe de assumir uma posição de leitura crítica a respeito do laço social e da subjetividade que aponta em cada época (aspectos inseparáveis), ao tomar distância e manter o olhar fixo em seu tempo, para, parafraseando Agamben (2009), perceber não somente a luz, mas também a escuridão... Ou ainda, escutar os ruídos e os silêncios que permeiam esse debate na contemporaneidade.

Desse modo, nesse trabalho pretendemos percorrer e tratar do tema da parentalidade com o viés do laço social e da época na qual estamos inseridos, a fim de localizar os ruídos e silenciamentos que o atravessam e suas repercussões - percurso que requer recortes. O primeiro, em especial, é frente às incidências, nos pais e mães, do discurso médico e dos especialistas, em constante expansão na última década, como aponta Teperman (2014), e de vertiginoso alcance com a democratização do acesso às tecnologias, internet e redes sociais.

O segundo recorte é quanto à especificidade do discurso médico, assim como em quem ele incide: os diagnósticos atribuídos aos bebês, recebidos, contudo, por seus pais/cuidadores. Assim, atribuir um nome representa simbolicamente muito mais do que as letras que compõem a palavra; também é um ato de poder, confere um lugar àquele que é nomeado e estabelece relações, conforme aponta Castellani (2020).

Se para alguns, o nome civil e as histórias prévias familiares são suficientes para banhar o recém-chegado e enlaçá-lo em uma filiação, para outros parece que nem tanto. No pro-nome indefinido oculto na pergunta, que é ponto de partida desse trabalho, podemos notar a indefinição e a busca de sentido: *o que é (isso que é) o meu filho?*

A partir desse afunilamento, uma questão de pesquisa surgiu: ao se considerar o postulado laciano de que a nomeação faz laço (Soler, 2018), como se dá a construção da parentalidade diante da revelação do diagnóstico médico de seus filhos bebês?

Notou-se que a problematização entre psicanálise, parentalidade e diagnóstico em bebês é escassa, após um levantamento bibliográfico realizado em livros e nas bases de dados da CAPES, SciELO, LILACS, BVS-PSI e PePSIC, utilizando esses três eixos como palavras-chave. Nesse levantamento foram obtidos 27 (vinte e sete) resultados, mas sem necessariamente articular as três temáticas.

As pesquisas mais frequentes voltam-se para as crianças e dizem respeito à medicalização na infância (Guarido, 2008; Jerusalinsky, A., 2011), bem como ao crescente movimento de diagnósticos em crianças e a proposta de uma nova psicopatologia da infância (Kamers, 2015; 2020), e às críticas aos manuais diagnósticos estatísticos e suas mudanças (Zarifian, 1989; Kammerer & Wartel, 1989; Pereira, 2009; Dunker & Kyrillos Neto, 2011; Fendrik, 2011).

Especificamente a respeito da clínica com bebês, as pesquisas que problematizam os diagnósticos estão comumente apontando para psicopatologias: os entraves estruturais na constituição da subjetividade do *infans* - psicoses e autismos (Kupfer, 1999; Visani & Rabello, 2012); quanto ao efeito bumerangue dessa classificação, podendo destituir o nome-próprio e de haver uma reorganização na filiação, deslocando-a da parentalidade e ancorando-se no saber anônimo da medicina (Rosa & Lacet, 2012; Vorcaro, 2011, 2015) e do risco de um diagnóstico selar o destino e ter efeitos iatrogênicos na construção da subjetividade do bebê (Batthikha, Faria, & Kopelman, 2007, Bernardino, 2015, 2016; Jerusalinsky, J, 2002, 2015).

Por outro lado, quanto a parentalidade, o cenário é diferente. As pesquisas dirigem-se para os elementos necessários para subjetivar um bebê e o que compete à transmissão parental e da família (Roudinesco, 2003; Garrafa, 2020; Iaconelli, 2020; Kehl 2021); parentalidade e as pautas raciais e de gênero (Rodriguez & Gomes, 2012; Rosa, D., 2019); a economia libidinal da parentalidade (Dunker, 2011), assim como os impasses para exercer a parentalidade em nossa época (Teperman, 2014).

Contudo, foi possível encontrar um trabalho, sustentado pela psicanálise, considerando os efeitos do diagnóstico de psicopatologia na infância para a construção da relação mãe-bebê (Tibiriça et al., 2022), o que evidencia a relevância em desdobrar os efeitos de tal movimento para a construção da parentalidade, ainda que indissociável do laço com o bebê.

Assim, a presente pesquisa tem relevância teórica e clínica, bem como social, pois pensar a construção da parentalidade nessas circunstâncias pode contribuir para os estudos deste tema no campo da infância, dos dispositivos clínico-institucionais e da articulação da psicanálise com outras áreas do conhecimento, bem como para a prática e capacitação dos profissionais de saúde que atendem esse público.

Na tentativa de responder algumas inquietações, esta pesquisa pretende fazer da experiência e da prática clínica em instituição de saúde motores para interrogar a teoria e, porventura, construir outras proposições que venham somar ao campo psicanalítico, no que tange à articulação entre diagnóstico em bebês, parentalidade e psicanálise.

1.2 Objetivo

A partir de uma pesquisa teórica em psicanálise e da construção de três casos clínicos atendidos em uma instituição de saúde, pretende-se investigar sobre a experiência da construção da parentalidade diante da revelação do diagnóstico de um filho (bebê), bem como sobre as possibilidades de subjetivação, para os pais, dessa revelação/nomeação.

1.3 Método

Esta pesquisa trata de um estudo teórico-clínico, oriunda de questões levantadas durante o meu percurso no setor de estimulação e intervenção precoce da instituição referida e iniciou-se com a escrita de vinhetas clínicas, extraídas dos atendimentos clínicos com os bebês e familiares.

Nesse primeiro momento para a construção dos casos clínicos, foi dada prioridade às inquietações presentes nos atendimentos articulados ao relato da história dos pacientes, os elementos clínicos presentes (demanda, transferência, manifestações do inconsciente, angústia, produções subjetivas referente ao diagnóstico dos bebês), debates e intervenções com a equipe de saúde, os atravessamentos institucionais e os eventos temporais marcados pela época pandêmica da COVID-19. A partir daí foi possível depurar o elemento central que enodava os três casos, sob diferentes perspectivas: o diagnóstico em bebês e o que isso reverberou para os seus responsáveis.

Assim, por consequência, os elementos depurados formaram um norte para a pesquisa teórica, que se iniciou com uma revisão de literatura científica balizada por três eixos: “psicanálise”, “parentalidade” e “diagnóstico em bebês”. Esses três termos foram usados como descritores, combinados entre si, para a pesquisa teórica, realizada em livros, dissertações, teses e artigos registrados nas bases de dados da CAPES, SciELO, LILACS, BVS-PSI e PePSIC, utilizando a psicanálise freudiana e lacaniana como elemento central e de recorte metodológico. Assim, trabalhos que tratavam da temática pela psicologia ou por outro viés foram dispensados, posteriormente.

Nesse sentido, orientado por esses eixos, no campo da parentalidade, os assuntos relativos à construção da parentalidade, da maternidade e da paternidade, bem como os processos históricos das organizações familiares foram pertinentes para o levantamento teórico. Quanto ao diagnóstico médico, as pesquisas foram sobre o diagnóstico na infância, os diagnósticos e os manuais classificatórios, o discurso médico e a clínica médica e, sobretudo, a

perspectiva psicanalítica sobre os diagnósticos. Tais campos nos levaram a desbravar outros dois: o da sociologia do diagnóstico, que trouxe elementos primordiais para o debate, assim como a necessidade de adentrar ao da filosofia, no que compete aos estudos foucaultianos sobre o nascimento da clínica, dos discursos de poder e verdade, e das reflexões acerca da medicina. Já no que compete à pesquisa teórica na psicanálise, algumas noções balizaram a investigação orientada pela perspectiva lacaniana: angústia, sofrimento, laço, constituição subjetiva, teoria do significante, teoria do ato, teoria dos discursos, as noções de revelação, identificação e nomeação, bem como uma discussão sobre indeterminação e profecia.

A partir desse material, partimos para articular os casos clínicos com os conteúdos advindos da pesquisa teórica, com o intuito de transformar a construção do caso clínico em uma oportunidade de interrogar a clínica psicanalítica, de transmitir algo da experiência analítica e de oferecer o saber construído para o debate.

Dias e Moretto (2017) apontam que a construção do caso clínico tem sido um método bastante relevante para as pesquisas em psicanálise no campo da saúde mental e das instituições de saúde, pois se trata de uma maneira possível de o psicanalista abordar o sofrimento psíquico e as produções singulares de cada sujeito, com o intuito de sustentar e de transmitir aos demais profissionais de saúde, não referidos aos fundamentos da psicanálise, o seu modo de abordar o sofrimento do paciente. Além disso, esse método também tem sido utilizado como uma estratégia para que haja uma "conversação clínica em torno do caso" pela equipe (p. 59).

Para Fender e Moretto (2020) o caso clínico, além de prover a história do paciente, envolve também a história do tratamento e as conexões teórico-clínicas feitas entre os elementos extraídos. "O que decanta desse atravessamento, marcado pelo ato do analista e sua condução, é também algo que pode, a posteriori, compor o caso" (p. 9).

Nesse sentido, o processo de construção do caso clínico implica a conjunção de tratamento, pesquisa e investigação teórica, eixos considerados por Freud para definir a psicanálise (Nogueira, 2004). Tal processo resulta em um conhecimento particular a cada caso, no qual a via de transmissão do saber extraído na clínica é a construção do caso, elaborado a posteriori pelo analista. Ainda que a transmissão seja relativa à escrita da experiência, ela não equivale propriamente à experiência que se teve na relação analítica. Apesar disso, a transmissão serve como única maneira de nos aproximarmos do inconsciente, no qual o que é possível de investigar são os fenômenos de linguagem efeitos do inconsciente, como os sonhos, atos falhos, esquecimentos e sintomas, não o inconsciente propriamente dito (Nogueira, 2004).

Nesse desafio de investigar, construir e transmitir o caso clínico, para Dias e Moretto (2017), “cabe ao psicanalista o esforço de enunciar, em seus atos e posicionamentos, em sua fala e sua escrita, a tensão entre o particular que o campo conceitual inscreve como sustentador da clínica e o singular de cada caso que se atualiza no dispositivo analítico, sob transferência” (p. 58). Eis, portanto, o que essa pesquisa se propôs a fazer.

2 DAS ALTERAÇÕES FAMILIARES À PARENTALIDADE

Este capítulo pretende apresentar um panorama, a partir da psicanálise, acerca das noções de família e parentalidade, a fim de indicar as alterações históricas que houve nas formações familiares, os elementos necessários de serem transmitidos para as novas gerações, assim como as matrizes para a construção da parentalidade e os efeitos do laço social nesse processo.

Apesar de algumas vertentes da Biologia e da Psicologia abordarem a maternidade e a paternidade como funções ditas naturais, parte-se do pressuposto de que ambos são *construções* que dependem da interação entre os que ali estão presentes, nas quais não existe amor inato. Como descrito por Margarete Hilferding, em 1911, em sua conferência intitulada “As bases do amor materno”; é por meio das trocas físicas entre mãe/cuidador e bebê que é suscitado o amor e outros afetos.

Ao considerar que a maternidade e a paternidade não estão garantidas por meio do ciclo perinatal (gravidez-parto-puerpério), pode-se afirmar que esses são lugares simbólicos (envolvendo aspectos sociais, políticos, libidinais e discursivos), encarnados, frequentemente, por representantes sociais adultos: pais e mães. Tornar-se mãe e tornar-se pai requer um *período*, o qual engloba os momentos antes, durante e depois do nascimento do bebê. Nesse percurso, a cada nascimento de um filho, ocorrem metamorfoses no âmbito individual, conjugal, familiar e coletivo dos envolvidos nesta tarefa (Missonier, 2012).

Assim, uma vez que tais funções, materna e paterna, não estão dados de antemão, ao tratar do tema pelo viés da psicanálise, coloca-se em jogo o modo pelo qual cada sujeito encontrará, ou não, caminhos para tornar-se mãe ou pai, assim como os desdobramentos que virão à tona a partir dessa assunção.

Portanto, de partida, buscaremos examinar historicamente as alterações que ocorreram no âmbito da família e as diferentes (re)configurações familiares que emergiram e alçaram novos lugares de reconhecimento durante as últimas décadas, a fim de apontar a essencialidade das funções materna e paterna para a subjetivação e formação das novas gerações.

2.1 Breve panorama das mudanças no campo da família

Sustentada nos estudos antropológicos de Lévi-Strauss sobre família e parentesco, em “A família em desordem”, Elisabeth Roudinesco (2003) assinala que a vida familiar é universal e estava presente em quase todas as sociedades humanas. Ainda que em múltiplas formatações,

é a organização social mais persistente, ao se considerar as diferenças históricas e culturais. Segundo a autora, uma família é sempre fruto da ruptura de outras duas famílias antecessoras, na qual o que está em jogo é uma aliança e a filiação.

Para além de firmar a ideia de reprodução das espécies, a família é uma instituição humana que é marcada, sobretudo, por uma função simbólica. Nessa concepção, a proibição do incesto tornou-se um princípio e ordenador fundamental para garantir, ao longo da história humana, a passagem da natureza à cultura (Roudinesco, 2003).

Ao investigar o lugar dos filhos dentro das famílias durante os últimos séculos, Solis-Ponton (2004) observa que da época romana à Idade Média, o desejo de ter filhos se apoiava não somente em motivações individuais, mas também em coletivas: o casamento e a descendência se davam em razão da transmissão do poder, do patrimônio e para afirmar a virilidade do homem. Além disso, as crianças adentravam o campo do trabalho desde muito cedo. Assim, apoiada nos trabalhos de Rousseau, a autora afirma que somente ao final do século XVII surge o sentimento de amor pela criança e as preocupações com seu desenvolvimento e educação.

Já Ariés (1986), em sua obra clássica “A história social da criança e da família”, defende que durante a Idade Média não havia lugar particular para a criança, e que, caso ela ultrapassasse a primeiríssima infância (período em que ela servia de distração e relaxamento para o adulto), tornava-se uma espécie de coadjuvante e era pouco considerada no grupo familiar. As crianças somente tornaram-se valorizadas e objeto de preocupação para as famílias, com o advento das sociedades industriais no século XVII, a partir do surgimento de uma nova classe social (a operária) e da necessidade de se pensar a educação para essa população.

Desse modo, na Modernidade, do século XVIII ao XX, a família teve uma ruptura com seu modelo tradicional e passou a ser fundada pelo amor romântico e ordenada por escolhas, o que contribuiu para o fortalecimento dos laços conjugais e para a redução dos casamentos arranjados (Roudinesco, 2003; Teperman, 2014).

Em paralelo a isso, a progressiva luta para emancipação das mulheres no ocidente, fruto das conquistas feministas, especialmente a partir do final do século XVIII, ampliou o entendimento sobre o lugar da mulher: no campo do trabalho, a partir da possibilidade de ter um ofício e entrar no mercado; e no campo da sexualidade, com a dissociação entre procriação e prazer. Diante desses avanços, a autoridade patriarcal, predominante na família tradicional, passou a ser substituída pela divisão do trabalho e cuidado com os filhos, assim como é

inaugurada a responsabilidade do Estado na educação das crianças. (Roudinesco, 2003; Teperman, 2014).

Ainda sobre as mudanças familiares na Modernidade, com os avanços tecnológicos da biomedicina no último século, as mulheres passaram a prescindir da participação masculina para a fecundação, conquistando controle não apenas de seus corpos, mas também da procriação, como aponta Roudinesco (2003).

Outro importante movimento que transgrediu a formatação familiar foi a reivindicação ao direito de paternidade/maternidade por casais homossexuais, à medida em que a luta pela descriminalização da homossexualidade ganhou força no hemisfério norte ocidental, a partir de meados da década de 1960 (Roudinesco, 2003).

Assim, a possibilidade de escolha do cônjuge, a qual passou a ser um aspecto privado, e a entrada do terceiro social (o Estado), dividindo a responsabilidade e a autoridade sobre as crianças, revelam uma importante marca na modernidade: uma definitiva distinção entre conjugalidade e parentalidade, ressaltando, nessa última, a dissociação entre gênero e função parental. Teperman (2014) afirma que tais mudanças acarretaram numa reorganização entre público e privado das dimensões conjugais e parentais, levando a inscrever a parentalidade em um âmbito público e suscetível a entrada de diferentes discursos, o que, por sua vez, influenciou nas relações entre pais e filhos – assunto sobre o qual iremos nos debruçar posteriormente.

No entanto, apesar dessas mudanças históricas, a família não se dissolveu, mas se reinventou numa formatação horizontal e em redes. O casamento deixou de ser centralidade e tomado enquanto uma sacralidade; os filhos podem ou não ser concebidos fora do véu matrimonial; e diversas faces e arranjos foram assumidos com reconhecimento jurídico e social, como as famílias homoparentais e monoparentais (Roudinesco, 2003).

Levando em conta que durante a história diversas recomposições familiares surgiram e alcançaram reconhecimento social, Roudinesco (2004, citado por Teperman, 2014) observa que a família é eterna e não está em perigo, pois se ancora em uma função simbólica. Contudo, Derrida, (2004, citado por Teperman, 2014), indica que o autor faz uma ressalva a esta noção de eternidade da família, ao defender a ideia de uma “trans-historicidade do laço familiar” (p. 81), isto é, que existe algo de irreduzível na função da família, independente do momento histórico e época: a transmissão dos elementos necessários para que haja sujeito.

Assim, para Freud (1908/2015), a família, tema recorrente em sua obra e que será abordada especialmente no texto “O romance familiar dos neuróticos” (1908), está centrada no dilema edipiano, encarnado no amor e na rivalidade com a mãe e o pai, e está ligada aos atores

sociais que desempenham essa função, a qual se ancora no discurso próprio da época moderna em que foi escrito.

Ao se debruçar sobre a ideia de família, Lacan afirma, no texto “Os complexos familiares na formação do indivíduo”, de 1938, que se trata de um conjunto de indivíduos, no qual os adultos têm a função garantir a sobrevivência dos mais jovens e de assegurar a transmissão de elementos necessários para que, disso, advenha um sujeito (Lacan, 1938/2003a). Isto é, o processo de constituição subjetiva de um *infans*, as palavras e os cuidados corporais da mãe, sustentados por um interesse particularizado e um desejo não anônimo, atravessam e marcam o corpo do recém-nascido, em conjunção com a encarnação da Lei no desejo pelo pai, tem como resultado a transmissão de um nome e de um lugar na filiação (“filho de”), como aponta Lacan (1969/2003b), em 1969, no texto “Nota sobre a criança”.

Nessa vertente, Kehl (2021) demarca que a interdição do incesto (valendo-se frear o gozo) e a inserção no campo da sexuação poderiam resumir a função da família na constituição do sujeito e que, a partir da Modernidade, a família também se incumbiu de preparar os filhos para as responsabilidades diante das normas e pactos sociais. Sustentada na releitura lacaniana do Édipo freudiano, a autora também aponta para uma desvinculação entre os agentes de cuidados e interdição e o gênero dos atores sociais que se incumbem dos papéis de mãe e pai:

O máximo que podemos pensar é que, se existir para a criança alguém que faça a função paterna e alguém que se encarregue amorosamente dos cuidados maternos, a família estruturará edipicamente o sujeito; é dentro dessa estrutura chamada de família que a criança vai se indagar sobre o desejo que a constituiu – o desejo do Outro – e vai se deparar com o enigma de seu próprio desejo. É nesse percurso que ela vai se tornar um ser de linguagem, barrado em relação ao gozo do Outro. Em linhas gerais, isso seria suficiente para constituir seres humanos orientados pela Lei que interdita o incesto, que é aquela que exige de cada sujeito a renúncia a uma parcela de seu gozo para pertencer à comunidade humana. (Kehl, 2021, pp. 27-28)

Portanto, independentemente do gênero e orientação sexual desses adultos, trata-se de funções simbólicas (materna e paterna) cujas competências são a transmissão simbólica e cultural e a inserção do filho na civilização (Lacan, 1938/2003a). Em vista disso, tais processos são absolutamente singulares, decorrentes da linguagem e afetados pela época e laço social.

Retomando o percurso histórico, atualmente, na contemporaneidade, o modelo heterossexual monogâmico de família já não mais se sustenta com hegemonia e, em virtude das constantes mudanças e diferentes configurações familiares em nossa cultura ocidental, o que revela seus efeitos no campo jurídico e na garantia de direitos constitucionais, surgiu um movimento para reformatar o modo como se nomeia os cuidadores da prole.

Assim, na década de 1960, o neologismo “parentalidade” passou a ser utilizado nos estudos comandados por Paul-Claude Recamier sobre uma patologia grave do período perinatal: as psicoses puerperais. Dois anos antes, em 1958, o termo também foi utilizado por

Therese Benedeck, a qual o considera como sendo uma fase do desenvolvimento libidinal diante da tarefa do tornar-se pai/mãe (Iaconelli, 2020). Até a década de 1960, a relação mãe (biológica) -bebê servia de paradigma para os estudos sobre a constituição do sujeito e era modelo *princeps* para a parentalidade. Outras configurações familiares, como pais e mães adotantes, casais não cis e não heterossexuais, cuidadores sem parentesco, entre outros, eram vistos como fora da norma (Iaconelli, 2020).

Contudo, durante a década de 1980, com os trabalhos de René Clement e Serge Lebovici, o termo “parentalidade” ganhou força na França, com o intuito de nomear aquele que ocupa o lugar de cuidador, de agrupar os papéis e funções parentais – que por convenção social denominamos “pai” e “mãe” –, assim como, também, desvincular a equivalência entre genitor e seu gênero e aquele que ocupa esse lugar (Teperman, 2014; Iaconelli, 2019). Os anos 2000, por sua vez, trouxeram fortemente as questões sobre gênero, racialidade, vulnerabilidades sociais e culturais que não passaram despercebidas e forçaram a sociedade a repensar a parentalidade (Iaconelli, 2020).

O que o termo “parentalidade” quer demarcar é que ser genitor não é suficiente, é preciso “tornar-se pai/mãe”, o que requer processos conscientes e inconscientes. Requer também remanejamentos psíquicos e afetivos, com o intuito de o adulto responder às necessidades da criança quanto ao corpo, a vida afetiva e a psíquica (Teperman, 2014).

No âmbito jurídico e para as discussões de gênero o neologismo parentalidade foi muito bem-vindo, principalmente para a regulação e reconhecimento dos laços parentais não oriundos de laços sanguíneos, evidencia Teperman (2014). Contudo, a autora sinaliza que outros efeitos surgiram a partir do uso desse termo, como: a homogeneização e diluição das diferenças sexuais no campo da família e uma noção idealizada e totalizante da parentalidade, com a pretensa tentativa de suprimir o mal-estar, as imperfeições e as faltas de garantias existentes na criação dos filhos.

Ao se propor como *para todos*, a parentalidade tende a converter-se em um dispositivo de normalização da família. Lembremos que o modelo nuclear (leia-se pai, mãe e filhos morando na mesma casa) nunca foi sinônimo de normalidade e que não existe uma forma de organização familiar ideal que possa garantir as condições necessárias à constituição do sujeito. Na família não há garantias, independentemente das configurações pelas quais ela se apresente. (Teperman, 2020, p. 91)

Lebrun (2010) evidencia que o neologismo “parentalidade” é a subjetivação do adjetivo “parental”, no qual o adjetivo qualifica da mesma maneira pai e mãe, pois cada um, a seu modo, é pai. Desse modo, “parental” pode prescindir da diferença de sexos e, ainda que o termo venha promover uma igualdade democrática entre homens e mulheres, provoca uma paridade simétrica da diferença sexual. Teperman (2020) corrobora com essa ideia e acrescenta que ao

não discriminar pai e mãe, função materna e função paterna, a “parentalidade poderia apontar também para uma indiferenciação no interior da família” (p. 91).

A ideia da parentalidade como um assunto de ordem pública também passa a surgir na França na década de 1980, por meio de políticas públicas e programas sociais de apoio à parentalidade, visando o fortalecimento de vínculos entre pais e filhos, bem como em ações do poder público frente ao acolhimento de crianças na primeira infância (Teperman, 2014). Dessa maneira, o Estado, os discursos médicos, jurídicos e pedagógicos incidem no que outrora era privado e repercutem na construção do laço – assuntos que desdobraremos no item 2.3.

Em conjunção a esses efeitos, há a proliferação dos chamados “especialistas em família”, profissionais dos campos da saúde e educação, que ditam modos sobre como ser “bons pais e boas mães” e ofertam uma série de dispositivos e publicações a respeito, como as escolas para pais, orientação de pais, manuais de autoajuda etc. O grande problema é que esse movimento provoca injunções no modo de tornar-se pai/mãe e cuidar da prole, ao oferecer um modelo idealizado, portanto, inacessível. Isso faz com que muitos adultos sejam lançados a uma terrível impotência e tenham dificuldades em exercer e sustentar sua posição de autoridade perante as crianças (Teperman, 2014; Kehl, 2021). Assim, “grande parte da demanda verificada nos pais da atualidade parece configurar-se a partir da oferta excessiva e generalizada sustentada nos discursos normativos da parentalidade” (Teperman, 2014, p. 141).

Diante das críticas apresentadas quanto ao possível condensamento e homogeneização das funções dos cuidadores que o termo "parentalidade" vem propor, no nível imaginário, examinaremos, portanto, os elementos simbólicos que estruturam as funções ditas materna e paterna para a psicanálise.

2.2 A parentalidade não sem as funções materna e paterna: a subjetivação em jogo

No texto “Nota sobre a criança”, Lacan (1969/2003b) indica que, mesmo com a evolução das sociedades, à família compete, para além da manutenção da vida das gerações seguintes, a constituição subjetiva da prole. Isso implica em um desejo não anônimo, por parte dos cuidadores, para com os filhos. Desse modo, é premente examinar a função da mãe e a função do pai, como segue:

É por tal necessidade que se julgam as funções da mãe e a do pai. Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é vetor de uma encarnação da Lei no desejo. (Lacan, 1969/2003b, p. 369)

Vale esclarecer, de partida, que, para a psicanálise, pai e mãe são entendidos como funções simbólicas que não equivalem às funções e papéis sociais desempenhados pelos atores sociais que encarnam as funções materna e paterna, e tampouco ao seu gênero. Assim,

. . . nada impede que um homem exerça função materna, ou que uma mãe exerça função paterna, ou um irmão da mãe exerça o papel do pai, e assim por diante. Portanto, as funções não coincidem necessariamente com os papéis sociais exercidos por essas personagens no interior do módulo social familiar. Assim, não é com a família social que a Psicanálise se vê às voltas, mas com uma montagem lógica, formal, estrutural, a ser encarnada por personagens” (Kupfer, 1992, p. 79)

Nesse sentido, função materna e função paterna são noções para a psicanálise e intervêm de modo estrutural na constituição subjetiva dos humanos. Além de não estarem apoiadas nos atores sociais e gênero (homens e mulheres), para que alguém faça essa função, é preciso que os adultos respondam a algumas condições.

Assim, entende-se que por função materna estamos nos referindo àquele adulto que investe e realiza os cuidados diários de um bebê de maneira particularizada, atribuindo-lhe um lugar em seu desejo. Cabe ao adulto incumbido dessa função transmitir as primeiras inscrições psíquicas ao bebê, supondo-lhe um sujeito já falante e desejante, o que, por sua vez, irá construir um lugar para o pequeno humano dentro da família. Ao passo em que a criança é inserida no campo da linguagem e no desejo do Outro, surge a possibilidade de um enlace entre corpo e linguagem (Bernardino, 2020).

Quem encarna essa função ocupa o lugar de Outro primordial, como nos indica Oliveira e Mariotto (2008); assim, "desencarrega o termo 'mãe' de ser seu único representante, convocando qualquer um que se torne, na composição da receita subjetiva, ingrediente essencial para a criança" (p. 178).

É nesse enlace, no qual o bebê está situado como parte da economia libidinal de um Outro primordial, que se dá o início da subjetivação do *infans*. Para tanto, faz-se necessário que o corpo biológico do recém-nascido seja inscrito no campo do Outro, no campo simbólico, na lei e na cultura. Tal articulação ocorre quando as palavras usadas por quem faz a função materna, e o modo como as dizem (a melodia, o tom de voz, a cadência das palavras), recobrem e desenham o corpo biológico desse novo membro familiar. Esses aspectos produzem marcas no corpo biológico, que, somados aos cuidados diários, passam a desenhar um corpo erógeno¹³ no bebê e fundam o psiquismo (Freud, 1914/2010b).

¹³ O corpo erógeno diz daquele corpo apoiado no organismo, mas que passa a ser investido libidinalmente, onde o prazer se inscreve por meio das zonas erógenas, sendo também áreas de troca com o Outro. O bebê recebe um banho de linguagem pela mãe, suporte do Outro, que, por meio de suas palavras, irá transformar o organismo das necessidades, em corpo pulsional. Quem fizer a função materna se incumbirá de ler, interpretar e nomear o que se passa com o corpo do bebê: diante de uma manifestação, a mãe dirá “é fome, dor, quer brincar etc.” (Bernardino, 2020).

Assim, a subjetivação ocorre quando a linguagem atravessa o corpo, processo que passa por uma transmissão não sem os significantes de seus cuidadores, os quais se ocuparão de inscrever o bebê em uma filiação, na novela familiar e em uma discursividade. Portanto, a subjetivação tem estreita ligação ao processo de nomeação, à oferta de significantes e diferentes nomes (incluindo o nome próprio) para definir quem é aquele bebê.

Apesar desses cuidados e investimentos, a mãe não pode garantir, por completo, sua presença para a criança. Diante dos momentos de presença e ausência desse cuidador, inaugura-se uma dialética necessária, em que a descontinuidade e o intervalo se fazem presentes. E é justamente nesses momentos de alternância que se funda o mundo simbólico, como indicado por Freud (1920/2010a) em “Além do princípio do prazer”, ao relatar o jogo "*fort-da*": uma brincadeira insistentemente repetida por seu netinho, no qual, para Freud, Ernest se colocava em uma posição ativa para representar e elaborar as partidas e ausências de sua mãe, bem como o seu retorno. O garoto arremessava para longe um carretel, emitindo um forte e prolongado “o-o-o-o” que, de acordo com sua mãe e Freud, significava “*fort*” (foi embora, longe) e ao puxar o carretel para dentro do berço enunciava com alegria “*da*” (está aqui).

É a partir dessa condição de desamparo da criança, em virtude das descontinuidades, que surge a possibilidade de superação dessa condição, ao assumir uma posição ativa por meio do jogo e da assunção do campo discursivo, expresso pelo uso dos fonemas "*fort*" e "*da*". "Foram esses jogos de ocultação que Freud, numa intuição genial, produziu, a nosso ver, para que neles reconheçêssemos que o momento em que o desejo se humaniza é também aquele em que a criança nasce para a linguagem" (Lacan, 1953/1998a, p. 320).

Já que à mãe compete a função de inserir a criança na linguagem e no campo do desejo, é também pelas vias do desejo materno que a função paterna pode ser transmitida à criança, sendo a função paterna um desdobramento da função materna (Faria, 2003).

Assim, a função paterna é uma função ordenadora do desejo materno, isto é, "na medida em que é o elemento que revela o assujeitamento da mãe, suporte do Outro para a criança, a uma exterioridade, a uma lei que não é a sua, que está mais-além de seu próprio capricho" (Faria, 2005). Dito de outro modo, um adulto que cuide de um bebê ou criança não está autorizado a fazer o que quiser com ela. O fato de ser um responsável legal e haver desejo pelo pequeno humano não faz com o que esse desejo seja "sem lei", pois o desejo desse cuidador passa a depender de outra coisa (Faria, 2005). Além disso, é importante que esse desejo esteja referido a outros objetos exteriores (trabalho, relação conjugal etc.), e não somente à criança.

No Seminário 5, Lacan situa que a mãe é o primeiro objeto simbolizado pelo bebê, ao instaurá-la como aquele ser primordial que será intermitente, estando presente e ausente. Essa intermitência abre para o bebê a dimensão de que a mãe pode desejar algo diferente, para além dela, pois "há nela [mãe] o desejo de Outra coisa que não satisfazer o meu próprio desejo [da criança]" (Lacan, 1957-1958/1999, p. 188). É nessa dialética que a vida começa a palpitar no bebê.

E é em relação a esse "além da mãe" que encontramos a função do pai para Lacan, enquanto uma concepção que permite à criança convocar, fazer um apelo e endereçamento a um recurso simbólico, no campo da linguagem, diante do desamparo provocado pela ausência materna (Faria, 2005). Ante a ausência da mãe, a criança fará uma interpretação a respeito do desejo da mãe: "se eu não sou tudo o que a mamãe quer, onde ela poderia estar?" Localizamos aqui o que, para a psicanálise, compreende a noção de pai.

Desse modo, a função paterna não corresponde e não necessariamente requer um personagem da realidade para que ela opere; do mesmo modo, por sua vez, o fato de um pai estar presente em um ambiente familiar não garante que essa função aconteça, como nos indica Lacan no Seminário 5: "Mesmo nos casos em que o pai não está presente, em que a criança é deixada sozinha com a mãe, complexos de Édipo inteiramente normais . . . se estabelecem de maneira exatamente homóloga à dos outros casos" (Lacan, 1957-1958/1999, p. 173).

Ao examinarmos os elementos estruturais e simbólicos que compõem as funções materna e paterna, podemos apontar para o fato de que elas operam em um registro diferente da discussão a respeito da parentalidade. Ora, parece que a noção de parentalidade vem abarcar diferentes esferas sobre quem cuida de um bebê/criança; entretanto, isso não significa que necessariamente faça uma aglutinação das funções simbólicas a serem desempenhadas por quem se atreve a essa tarefa. Para Teperman (2014), a noção de parentalidade somente fará impasse quando for tomada de uma maneira redutora, aniquiladora da família em sua condição irreduzível de transmitir os elementos necessários para que advenha um sujeito – e isso não se dá sem as funções materna e paterna.

Em vista disso, tornar-se pai ou mãe envolve fazer algo com esse resíduo que existe entre as expectativas imaginárias e as funções simbólicas envolvidas, ao se dar conta de que, apesar do necessário investimento, uma criança não é apenas uma extensão narcísica dos pais, é sujeito (Dunker, 2020a).

2.3 A parentalidade como efeito do laço social

Pensar os laços que uma geração é capaz de estabelecer para reproduzir a seguinte implica ir além do que se passa na individualidade dos lares e relações entre pais e mães e sua prole; requer um reconhecimento das camadas sociais e dos diversos discursos a que os indivíduos estão submetidos e que perpassam a cultura a cada época, e isso claramente promoverá experiências distintas nos cuidados dos filhos. Ainda que, para a psicanálise, cada sujeito irá responder a esses vetores à sua maneira, com os recursos que lhe forem possíveis, parece prudente considerá-los e analisar suas vicissitudes.

Nascer negro, indígena, em bairros nobres ou na vulnerabilidade das periferias, com alguma síndrome genética, doença congênita ou sob o véu de um contrato jurídico (como nos casos dos contratos das barrigas de aluguel existentes em países do hemisfério norte) implicará, sem dúvida, a vivência de fenômenos e experiências bastante específicas, que estabelecem modos de relação a um dado tempo e espaço – condições que dizem respeito ao laço social.

Miriam Debieux Rosa (2016) situa que os laços sociais têm seu fundamento na linguagem, que dá início à entrada do homem na cultura e alude à condição constitutiva do homem e da civilização. Os laços sociais inserem o sujeito no jogo relacional, afetivo, libidinal e político, sem desconsiderar, é claro, o campo discursivo de seu tempo. A autora ainda ressalta que os discursos que são veiculados no campo social a cada época e indicam os modos de pertencimento para cada sujeito, ao atribuir, singularmente, seu valor, lugar e posição no laço e nas relações de poder.

Desse modo, a parentalidade não está isenta desses efeitos e está em relação direta com o laço social de sua época. A partir dessa perspectiva, Iaconelli (2019) adverte e sublinha que

... a reprodução de humanos é sempre reprodução do laço social, não [somente] de corpos. Mesmo porque corpos humanos são corpos enlaçados pela linguagem, antes de tudo. Só existe o corpo sobre o qual se diz. São esses os nós que nos enlaçam, nos quais tropeçamos ou ficamos enredados (p. 21).

Como mencionado anteriormente, a construção do termo parentalidade envolveu e teve efeitos sociais para as políticas públicas. Assim, o instante em que esse passou a ser um assunto de ordem pública, Teperman (2014) observa que houve a intervenção de diferentes discursos na família, como por exemplo: o de profissionais que trabalham diretamente com crianças, seja em instituições de saúde, assistência ou programas de acolhimento sob o discurso da ciência; em escolas, creches em berçários sob o discurso pedagógico; e o daqueles preocupados com as organizações familiares, sob o discurso do poder judiciário.

Além de tudo, a autora evidencia os chamados discursos daqueles que se denominam “especialistas em família”, os quais recomendam modos adequados para se tornar bons pais e

mães, aconselhando pais de primeira viagem ao falsearem e venderem a ideia de uma parentalidade sem arestas, desencadeando nos cuidadores expectativas inalcançáveis por excelência. Mesmo que não haja quaisquer atrasos no desenvolvimento ou doença na criança, ou então, quaisquer entraves graves na relação entre pais, mães e filhos, tais discursos se farão presentes no campo da parentalidade numa fracassada tentativa de eliminar o mal-estar, “suturar a falta pela via dos objetos, prometendo a satisfação imediata e livre de angústias” (Teperman, 2014, p. 118).

Quanto à intervenção dos discursos científicos, pedagógicos e jurídicos na família, apesar de permitirem a organização social, Rosa (2020) chama a atenção para o fato de não serem suficientes para a inscrição da criança como filho, muito menos para a inscrição dos adultos na posição parental. O que a autora evidencia é o risco de a filiação se organizar de outro modo, uma vez que a relação adulto-criança, vigente nesses tipos de discursos, é extremamente díspar das relações pais/cuidadores-filho: “São discursos muito diferentes, sendo que a relação adulto-criança diz de uma criança genérica, carregada pelas expectativas sociais do imaginário social sobre a criança, sobre seu desenvolvimento, seu comportamento e adequação” (Rosa, 2020, p. 27).

A esse respeito, Rosa e Lacet (2012) comentam um possível efeito e alertam para o risco de o desejo anônimo da Ciência, somado a uma atribuição genérica de um nome, provocar filiações nem sempre simbólicas e acarretar a possível primazia do significante “criança”, em prol do significante “filho”, no processo de parentalidade.

Essas considerações se fazem necessárias e pretendemos desdobrá-las no capítulo “Leituras psicanalíticas sobre o diagnóstico de bebês como nomeação e a construção da parentalidade”, com ênfase ao discurso médico científico, que incide nas dinâmicas familiares e nos cuidados com os filhos, principalmente no que se refere à parte da população que tem seus enunciados do discurso familiar desautorizados pelo discurso social, seja por sua vulnerabilidade social, desqualificação de suas raízes culturais e/ou rupturas com o lugar de origem, conforme demarca Rosa (2020).

O enunciado é diluído em vários “outros”, encarnados, aleatoriamente, pelo patrão, pelo diretor da escola, [pelo médico], pela polícia... Nesse caso, constata-se o apagamento do discurso pais-filho, substituído pela prevalência do discurso adultos-criança. Para tais crianças é oferecido apenas o “discurso da criança”, de uma criança que não lhe diz respeito, que não é “filho” e que escapa à condição de desejante, que incluiria o Outro e o implicaria no efeito subjetivo. O discurso, carregado de expectativas sociais, desqualifica a criança, seu discurso e seus atos. (Rosa, 2020, p. 29)

Diante disso, entre os discursos referidos, pretende-se salientar o médico-científico, por se tratar do escopo desse estudo, a fim de prosseguirmos e ponderarmos a respeito dos efeitos

deste na reprodução do laço social. O que acontece com a construção da parentalidade quando o discurso médico científico é também convocado a dizer algo sobre o filho - principalmente quando se suspeita que esse não está respondendo ao que se espera para sua idade?

É nessa vertente que se pretende caminhar nos próximos capítulos para abordar os efeitos, nos pais, da investigação e da revelação de um diagnóstico em seu bebê, principalmente porque aqui estamos diante dos primórdios da parentalidade e do enlace, isto é, do que liga pais e filhos. Quais impactos um diagnóstico pode ter na construção da parentalidade?

3 DA CLÍNICA MÉDICA AO DISCURSO MÉDICO

Com o propósito de avançarmos na discussão sobre os diagnósticos, nesse capítulo, partimos das ideias do filósofo Michel Foucault para apresentarmos um percurso sobre as modificações no campo da medicina a partir do século XVIII, com a ascensão dos estudos da anatomia patológica, o nascimento e as ramificações da medicina social europeia. Esse trajeto nos leva a destacar dois pontos: o nascimento da medicina moderna científica, que tem sua ascensão a partir do século XIX, e a medicina inserida e com função reguladora do campo social.

A partir desses dois vetores que a produção foucaultiana nos fornece, a medicina científica e a medicina no campo social, avançaremos o debate acerca dos diagnósticos, analisando os desenrolamentos dessas duas vertentes, por meio de uma leitura da psicanálise lacaniana: (1) da medicina científica ao diagnóstico: ao ressaltarmos o diagnóstico médico, elemento pilar da clínica, pautado cada vez mais na cientificidade e pulverizado na contemporaneidade. E, para aprofundar essa questão, recorreremos à Sociologia do Diagnóstico, com o intuito de trazer novos elementos de uma outra vertente, para evidenciar o diagnóstico como um acordo social. Em seguida, ao discorrermos sobre duas categorias nosográficas classificatórias diagnósticas, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e os Manuais de Transtornos Mentais (DSM), pretendemos analisar os elementos envolvidos no diagnóstico e suas características de ato e temporalidade; (2) da medicina social ao discurso médico: ao discutirmos sobre os efeitos do discurso médico na contemporaneidade, sua predominância no campo social e nas políticas públicas de saúde. E, ao articular Psicanálise e Medicina, pretendemos situar a antinomia discursiva existente entre esses campos.

Com essa apresentação salientamos a extensão e a intensidade da força médica no campo social e o fato de não ser possível que os pais evitem se encontrar com o discurso médico e com a os excessos diagnósticos disseminados na contemporaneidade, considerando os avanços tecnológicos e a pulverização dessas informações na internet e nas redes sociais.

3.1 O nascimento da clínica médica moderna

Em alguns textos de sua obra, Foucault se propõe a contextualizar a organização e reorganização da prática médica durante os últimos séculos e percorre historicamente importantes marcos sociais, econômicos e políticos, que tiveram incidência no *modus operandi* da clínica médica.

Em “O nascimento da clínica”, de 1963, Foucault (1963/2021a) indica que a clínica se trata de um olhar... de um olhar para o corpo. Partindo de uma perspectiva histórica, Dunker (2011) ressalta que clinicar, etimologicamente, “é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre esse corpo determinado olhar e derivar desse olhar um conjunto de operações” (p. 399).

No final do século XVIII, com a transição da medicina clássica para a medicina moderna, Foucault (1963/2021a) sinaliza que houve mudanças na maneira de dizer e ver os corpos, pois surge “um novo perfil do perceptível e do enunciável” (p. xvii). Passa a prevalecer a valorização do conhecimento sustentado pelas descobertas empíricas da época sobre o que se passa no organismo, não mais sob a superfície manifesta do corpo, a partir dos estudos das doenças e da autópsia e dissecação de cadáveres.

Com relação ao novo perfil do enunciável, Foucault (1963/2021a) analisa essa transição por meio do discurso médico, no qual afirma que “o que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apoia, a relação de situação e de postura entre o que fala e aquilo de que se fala” (p. ix); estabeleceu-se, assim, a articulação da linguagem médica com seu objeto – a doença. Essa mudança de postura médica pode ser notada a partir da substituição da pergunta “o que é que você tem?”, ponto de partida do diálogo entre médico e paciente, para “onde dói?”.

A partir daí toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isso em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significaram e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala etc. (Foucault, 1963/2021a, p. xviii).

Segundo Dunker (2011), a medicina antiga incluía no processo da cura o saber que o sujeito tinha sobre sua própria doença. Contudo, a partir dessa mudança enunciativa, “este saber é substituído pela relação com um informante que descreve, mas não conjectura ou nada deve supor sobre seu mal-estar” (p. 398). Ao perguntar “onde dói?”, o olhar médico não está voltado para o indivíduo doente que está ali, mas sim para localizar algum problema no corpo, em que a coincidência de uma doença num corpo de alguém é um dado histórico e transitório.

Esse encontro entre a configuração da doença e a localização do mal no corpo é uma superposição de elementos da experiência médica que somente foi possível a partir da medicina do século XIX, em virtude da ascensão e hegemonia da anatomia patológica. A anatomopatologia é um ramo da medicina em que se pretende *diagnosticar* doenças a partir de um olhar minucioso e microscópico dos órgãos humanos. Não sem motivos, Foucault (1963/2021a) considera o século XIX como a “época que marca a soberania do olhar” (p. 2)

Conhecer a doença passa a ser a bússola do médico. Seu olhar não se dirige ao corpo concreto do doente, mas aos signos, sintomas, lacunas, manifestações nas funções corporais

que poderão diferenciar uma doença da outra. Médicos e doentes não estão implicados na cena, são elementos inerentes. No entanto, o objetivo da medicina consiste em neutralizá-los, a fim de que o quadro da doença possa ser decifrado com clareza. O doente acaba por ser o intermédio do texto da doença a ser apresentado e lido pelo médico (Foucault, 1963/2021a).

Foucault (1963/2021a) evidencia o trabalho de dois médicos anatomopatologistas, Morgagni e Bichat, que sustentaram, no século XVIII, descobertas objetivas, reais e indubitáveis das descrições das doenças nos órgãos do corpo humano, partindo de um olhar da superfície do corpo para a profundidade dos tecidos. Foram descobertas que produziram mudanças no modo de funcionar da clínica médica.

Na experiência anatomoclínica, o olhar do médico, o olho do médico deve ver o mal e se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce em sua profundidade. A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitância e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo (Foucault, 1963/2021a, p. 150).

A passagem da superfície para o acesso médico ao interior do corpo não diz respeito a um movimento que foi se desenvolvendo, mas, assinala Foucault (1963/2021a), a uma ruptura e uma “reformulação no nível do próprio saber e não no nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados” (pp. 151-152). Tem-se, portanto, uma alteração da racionalidade da clínica médica.

Conforme aponta Foucault (1963/2021a), com as descobertas anatomopatológicas, a doença passa a ter um lugar intermediário entre a vida e a morte, constituindo, com eles, uma “trindade técnica e conceitual” (p. 159) e que permite uma leitura científica dessa relação. “Entendamo-nos bem: conhecia-se, bem antes da anatomia patológica, o caminho que vai da saúde à doença e desta à morte. Mas essa relação nunca tinha sido cientificamente pensada, nem estruturada em uma percepção médica” (p. 170). Tem-se, assim, uma nova organização perceptível e epistemológica na anatomia clínica e em toda medicina que dela deriva, que é a da invisível visibilidade, sustentada pela plurissensorialidade perceptível do “olhar” médico, que compreende a tríade visão-tato-audição, a qual examina o corpo do doente (Foucault, 1963/2021a).

Essa transformação fundamental da organização de seu conhecimento e sua prática, apresentados, agora, sob o manto da medicina moderna, como uma ciência clínica, estabelece uma nova aliança entre o visível e invisível e sua linguagem para a medicina (Foucault, 1963/2021a). Essa mudança, que avança por meio da biomedicina, diagnósticos por imagem e exames laboratoriais, por exemplo, configurou-se numa outra posição da medicina em relação

ao doente, sendo a *práxis* vigente na contemporaneidade.

Ainda que a medicina moderna científica, oriunda dos anos finais do século XVIII, contivesse uma dimensão individual em que o cerne era o exame da anatomia patológica, na conferência “O Nascimento da Medicina Social” (1974), Foucault (1974/2021b) se questiona a respeito da dimensão social dessa medicina da época e se propõe a investigá-la. Para isso, ele demarca três etapas na formação da medicina social, que ocorreram de diferentes maneiras em três países europeus durante o começo e meio do século XVIII: a medicina de Estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina da força de trabalho, na Inglaterra.

Antes da formação da grande medicina científica com Morgagni e Bichat, aparece a medicina de Estado na Alemanha, de maneira bastante precoce, cujo objeto é o aperfeiçoamento da força estatal que a medicina deve desenvolver. Além disso, sua maior preocupação está centrada no aspecto econômico-político.

Alguns fenômenos, que passam a se organizar na Alemanha, caracterizam a medicina de Estado, segundo Foucault (1974/2021b): a construção da polícia médica alemã, que consistia, para além de contabilizar a natalidade e mortalidade, em registrar fenômenos epidêmicos e endêmicos; a normalização e o controle do Estado dos programas de ensino médico; a construção de uma organização administrativa para controlar as atividades médicas e subordiná-las a um poder administrativo; e a criação de funcionários médicos para administrar e exercer autoridade sob determinadas regiões.

O exemplo da Alemanha é igualmente importante por mostrar como, de maneira paradoxal, se encontra, no início da medicina moderna, o máximo de estatização. . . . Vê-se, por conseguinte, que não se passou de uma medicina individual a uma medicina pouco a pouco e cada vez mais estatizada, socializada. O que se encontra antes da grande medicina clínica, do século XIX, é uma medicina estatizada ao máximo. (Foucault, 1974/2021b, p. 151).

Em contrapartida, nessa época, na França, sobretudo, organizava-se o que Foucault (1974/2021b) denominou como medicina urbana, na qual havia a proeminência de métodos de registro, controle e vigilância nos moldes militares e de exclusão pelo exílio em hospitais¹⁴, daqueles que eram acometidos pela peste.

Sustentada em uma ideia de higiene pública, segundo Foucault (1974/2021b), a medicina urbana consistia em analisar as regiões de amontoamento de cadáveres e ossuários que poderiam colocar em perigo a saúde para redirecioná-los a outros locais da cidade; e de controlar a circulação da água e do ar, com a elaboração do primeiro plano hidrográfico de

¹⁴ Foucault (2021c) aponta na conferência "O Nascimento do Hospital" de 1974 que os hospitais como instituições terapêuticas, de tratamento e cura são invenções do final do século XVIII (por volta de 1780). Anteriormente, os hospitais eram considerados locais de depósito e morte.

Paris, em 1742, a fim de separar canais de água e esgoto. Aqui, passa a surgir uma noção importante: a relação entre o organismo e o meio.

Não se passou da análise do organismo à análise do meio ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina [urbana] foi importante para a constituição da medicina científica (Foucault, 1974/2021b, p. 163).

É nesse movimento de análise do meio, “da corrente de ar, das condições de vida e de respiração que a medicina e a química entraram em contato” (Foucault, 1974/2021b, p. 162). A passagem para uma medicina científica não ocorreu no âmbito individualista, mas se fez pela socialização da medicina, devido à construção de uma medicina coletiva, urbana, que estabeleceu contato com as ciências extra médicas, como indica Foucault (1974/2021b).

Já na Inglaterra, no século XIX, a medicina se ocupou da força de trabalho, do operário, do pobre, que apareceu como perigo. Com a cólera se propagando em 1832, surge um medo sanitário em torno da população burguesa, pois habitar a mesma região que os pobres poderia acarretar uma maior disseminação da doença. Desse modo, foi ofertada a possibilidade de tratamento gratuito ou sem grandes gastos para os mais necessitados, com o intuito de: os ricos não serem vítimas de fenômenos epidêmicos; reduzir a disseminação de doenças oriundas das classes mais pobres; os proletários estarem aptos ao trabalho; e submeter a população pobre a um controle da medicalização autoritária. Esses foram os objetivos da Medicina Social inglesa, como esclarece Foucault (1974/2021b).

O autor assinala, portanto, que a medicina é uma estratégia biopolítica que atua no controle da sociedade e sobre os indivíduos, não atuando somente pela consciência ou ideologia, mas também no controle dos corpos, na organização do espaço para que a vida seja salvaguardada com qualidade, na regulação da água e esgoto, construção de casas, controles de natalidade e mortalidade, epidemias, entre outros.

Desse modo, estando presente em várias instâncias de poder, a medicina exerce controle social e, em diferentes medidas, provoca inflexões nas atitudes das pessoas. É nesse ponto que temos o processo de medicalização, isto é, na conversão de determinado aspecto da vida a um objeto da medicina.

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (Foucault, 2005, p. 291).

Com a inserção do discurso médico no laço social, por meio desses processos biopolíticos de higienização e medicalização dos corpos, esse discurso é alçado a um lugar de (pre)dominância nas políticas públicas de saúde, assistência e de controle social de maneira

geral (Foucault, 1974/2021b). Evidencia-se, então, uma importante articulação que passa a vigorar a partir do século XIX: a medicina científica, voltada para o corpo do indivíduo, e a medicina social, inserida em virtude das contribuições de outras ciências extramédicas, destinada à população, às cidades e como uma ferramenta de poder estatal.

No livro "Em defesa da sociedade", de 1976, Foucault (2005) aponta que a medicina, como um saber técnico, vai se tornar, no século XIX, um elemento de considerável relevância, em virtude do seu vínculo com as ciências sobre os processos biológicos e orgânicos (do corpo e das populações), mas também na medida em que se torna uma técnica política de intervenção, com poderes próprios. "A medicina é um *saber-poder* que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores" (Foucault, 2005, p. 302).

O saber, aponta Foucault, passa a ser um instrumento político de poder na modernidade, no qual a disciplina e a biopolítica são mecanismos que operam por meio de técnicas que atravessam os corpos dos indivíduos e populações. O poder moderno é sutil, não vai necessariamente pela via da repressão e da proibição, como esclarece o filósofo na conferência "Verdade e Poder" (1977): "o que faz com que o poder se mantenha e seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso" (Foucault, 1977/2021d, p. 45).

Ao passar a ser um importante operador político na modernidade, o saber situa-se em aliança com a ciência, aquela que supostamente produz verdades por se basear no método científico, com normas de universalização e de extensibilidade do conhecimento. Saber, poder e verdade passam a caminhar juntos na modernidade.

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (Foucault, 1977/2021d, p. 52).

Desde a modernidade, nas sociedades ocidentais, a "economia política" da verdade tem cinco características, segundo Foucault (1977/2021d): (1) a "verdade" é sustentada pelo discurso científico e pelas instituições que o produzem; (2) está articulada à necessidade econômica e ao poder político; (3) é objeto de difusão e imenso consumo, estende-se no corpo social nos moldes da educação e informação; (4) é produzida e transmitida sob o controle de grandes aparelhos políticos e econômicos (exército, universidades, grandes corporações, meios de comunicação); e (5) é objeto de debate político e social.

É a partir dessas constatações que podemos apontar como o saber da medicina, articulado à ciência, teve, na modernidade e, atualmente, na contemporaneidade, segundo Danziato, Martins e Matos (2018), um lugar privilegiado na enunciação da verdade das subjetividades contemporâneas, visto que advém de uma economia política de discursos, sustentada por uma estratégia biopolítica de controle dos corpos e subjetividades.

O que caracteriza a ciência é o seu caráter redutor, sustentado no método científico que visa a seguir determinadas normas e protocolos quantificáveis e replicáveis para atingir um determinado objetivo. Objetivo esse vendido como verdade, em virtude do pressuposto científico de replicabilidade e extensibilidade metodológica. Contudo, “cientificidade não é índice de veracidade”, ressalta Martins (2004, p. 21)

... ou seja, a grande confusão que é feita se dá entre pensar que seguir métodos pré-estabelecidos de redução formal é o mesmo que 'dizer a verdade'. A Ciência passa assim a ser tomada não mais cientificamente, mas como um oráculo que revelaria a verdade do objeto estudado. (Martins, 2004, p. 21).

Segundo Martins (2004), a medicina incorre num erro quando se arvora na proposição científica: “ela não é em si científica, mas sim utiliza a Ciência” (p. 21), o que, muitas vezes, leva a esquecer que seu objeto é uma pessoa, que vai além dos esquemas orgânicos, fisiopatológicos e físico-químicos sobre os quais a ciência se debruça.

Discorrer sobre esse processo histórico foi com o intuito de elucidar a dimensão, extensão e força da Medicina no corpo social, que estão entremeadas nos modos de existir, legislar, organizar o espaço, categorizar e nomear a população e o seu padecimento. É em virtude disso que os diagnósticos, por exemplo, extraem tamanho impacto e força de convencimento e de adesividade em quem os recebe, conforme veremos ao longo dos capítulos seguintes.

Avançaremos, portanto, na discussão ao destacar e analisar o diagnóstico médico, elemento estrutural da clínica médica, sob o viés psicanalítico e da Sociologia do Diagnóstico, e o modo como ele foi pulverizado, segundo essa perspectiva, nas últimas décadas por meio de manuais de classificação estatística. Esses manuais são ferramentas de normatização, organização, regulação e controle social e servem de exemplo da união entre a medicina social e a medicina científica, como mencionamos. Atualmente, no Brasil, estão em vigor duas classificações diagnósticas, que pautam todo e qualquer atendimento de saúde e políticas de saúde e assistência: o DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), e a CID-11: Classificação Estatística Internacional de Doenças (2019), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

3.2 O ato diagnóstico como um pilar e os manuais classificatórios

De acordo com Dunker (2000), a clínica moderna surgiu como uma resposta às demandas de legitimação social que vinham do sistema jurídico, moral e religioso, por um lado, e dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina por outro. Com as transformações do olhar na clínica médica moderna, sustentada como uma ciência clínica, o autor assinala que existe um conjunto de elementos estruturais da clínica clássica que se mantiveram, mas passaram a operar por esse novo olhar: a semiologia, a diagnóstica, a etiologia e a terapêutica.

No chamado projeto clínico moderno, fazia-se necessário classificar e organizar as semelhanças dos sinais, sintomas e traços das doenças, com o intuito de incluí-las em um conjunto ou classes que deveriam se apresentar como diferenças significativas para o olhar clínico. A isso chamamos de *semiologia*, termo que “refere-se à ciência do signo (*semeion*)” (Dunker, 2000, p. 40) e que privilegia a relação entre os signos e seu referente, sendo mais puros e estáveis na medida em que haja menos agentes intermediários entre o olhar do clínico e corpo do doente. Isto é, o que depende da fala do paciente ou da família tem menor valor, em comparação ao fenômeno apreendido pelo olhar clínico. “Temos, portanto, um primeiro nível de apreensão que objetiva os signos no espaço visível do corpo” (Dunker, 2000, p. 41).

Enquanto isso, a *diagnóstica* refere-se a uma comparação, seja de aproximação ou distanciamento dos signos, e isso “implica na capacidade de discernimento acerca do valor e da significação que um conjunto de signos possuem quando esses aparecem de forma simultânea ou sucessiva na particularidade de um caso” (Dunker, 2000, p. 42).

O *diagnóstico*, por sua vez, envolve uma transposição do particular ao geral e no agrupamento de particulares para a formação de uma nova generalidade; portanto, é primordial distinguir entre o que é acessório ou contingente do que é necessário para a formação de um quadro (Dunker, 2000, p. 42).

Dunker (2000) ainda aponta que o diagnóstico implica sempre uma comparação de diferenças significativas que permitem contraste ou congruência, a depender da avaliação conjunta e simultânea dos signos (exame clínico geral) e da sucessão ao longo do tempo (história da doença).

Já na *etiologia*, trata-se de determinar e explicar a origem, a causa da doença, com base no aparato eletroquímico corporal. Perspectiva advinda dos estudos da anatomia patológica que deduziria desta elementos para os quadros clínicos. Temos, aqui, a mudança do perceptível foucaultiano: na ciência clínica o invisível é objetivado por meio de teorias sobre

o funcionamento do corpo.

Esta [concepção etiológica] fornecerá subsídios para a organização de uma patologia fundada em princípios causais comuns, em uma nosologia orgânica e uma terapêutica centrada na correção linear entre causas e efeitos. Vemos assim que tal concepção pode modificar tanto elementos semiológicos quanto estabelecer novas grades nosológicas e, conseqüentemente, diagnósticas (Dunker, 2000, p. 42).

Por fim, a *terapêutica*, quarto elemento da clínica clássica, está relacionada: a uma concepção de cura; à inserção ou remoção de um elemento e/ou condição; à preparação de um paciente para a ação terapêutica; e às recomendações e deveres que devem ser seguidos pelo paciente durante o tratamento (Dunker, 2000).

A ação terapêutica deve estabelecer a hierarquia das metas (curar, controlar, mitigar), a estratégia relativa aos meios empregados (tipos de intervenção, ordem de procedimentos) e as táticas pelas quais a ação se dará (técnicas centrais e auxiliares). Em geral, no desenvolvimento da técnica terapêutica é importante a verificação diacrônica da eficácia e da responsividade aos procedimentos empregados. É também parte da decisão clínica deliberar a utilização de uma ou várias ações terapêuticas, contudo isso deve derivar da profundidade diagnóstica e da ambição terapêutica. (Dunker, 2011, p. 416).

Ao esmiuçar os fundamentos da estrutura da clínica e detendo-se especificamente ao diagnóstico, Dunker (2011, 2015) assinala que *o diagnóstico é um ato*, um ato de mestria amparado pelo discurso médico que compreende uma lógica temporal específica.

A noção de ato é fundamental para a psicanálise, como podemos encontrar nas concepções de ato falho e ato analítico¹⁵. Para Lacan (1967-1968/2001b), em linhas gerais, podemos dizer que no ato não se trata de uma ação qualquer, corriqueira, ela engloba uma temporalidade importante, ao marcar um "antes" e "depois", que somente pode ser validado no segundo momento, no "só-depois", a partir de seus efeitos.

A partir dessas últimas formulações, uma primeira constatação importante para esta pesquisa pode depreender-se, o que nos levará a escrevê-la em itálico: *Podemos dizer que, no âmbito clínico, o ato diagnóstico aparece como uma marca na linha do tempo de vida de quem o recebe, uma ruptura que, potencialmente, implicará em certo remanejamento e reorganização dos modos de viver.*

Segundo Dunker (2015), diagnosticar tornou-se um ato bastante valorizado na atualidade, em que, cada vez mais, tem sido um elemento de amparo para as políticas públicas. Todavia, ele também tem estado presente em diferentes esferas sociais, ultrapassando os modelos de saúde, como os diagnósticos jurídicos, econômico-financeiros, epidemiológicos, escolares, ecológicos, de tendências de mercado, de potenciais e qualidades para a reorientação na vida no trabalho, entre outros.

¹⁵ Assunto desdobrado no próximo capítulo, no item 4.1.1. A teoria do ato e a indeterminação

Em virtude dessa abrangência do caráter do diagnóstico, esse assunto passou a ser interesse do campo da sociologia, a qual pretende se debruçar acerca dos efeitos desse para a sociedade e o modo como esse elemento da clínica médica está em dependência de fatores econômicos, políticos e sociais.

3.2.1 O diagnóstico na perspectiva sociológica

A Sociologia do Diagnóstico é um recente campo de estudos que se interessa pelos processos de construção de um diagnóstico, seu surgimento, durabilidade e declínio; assim como as funções de um diagnóstico, como é recebido e manejado por quem os recebe e pelos profissionais de saúde.

A socióloga Mildred Blexter foi pioneira em tratar da visão social do diagnóstico, ao realizar estudos sobre o diagnóstico social do alcoolismo, em 1978. A autora separa teoricamente dois elementos de um diagnóstico, ainda que, na prática, eles se articulem: o diagnóstico como uma categoria e como um processo.

Quanto ao diagnóstico como processo, Blexter (1987) considera como sendo o objetivo a ser alcançado na prática do médico, desde que sustentado por um processo lógico que manipula as categorias como um fato científico, de determinada maneira sendo passível de uma análise lógica. A autora considera que o diagnóstico como processo pode ser dedutivo ou intuitivo, por exemplo, quando o médico usa suas informações para testar uma hipótese ou construir uma conclusão. Uma outra maneira de pensar o diagnóstico como processo é tomá-lo como uma árvore ramificada de baixo para cima: ao testar alternativas e contar com uma dose de probabilidade em cada etapa, basta partir de um campo mais amplo e generalista, no qual o objetivo é alcançar a extremidade (do tronco para os galhos).

No que diz respeito ao diagnóstico como categoria, ele corresponde a uma lista de doenças, que depende do propósito da categorização. Como referência de dicionário classificatório, Blexter (1978) aponta a CID, cujo objetivo é duplo: o de obter informações estatísticas sobre a população e o de auxiliar no desenvolvimento e prática da ciência médica, permitindo que sejam feitas comparações e generalizações. Além disso, a socióloga ressalta que a categorização é indispensável para a organização dos sistemas de saúde das sociedades, principalmente no que compete à esfera econômica e distribuição de verbas públicas.

A Classificação Internacional de Doenças (CID) traz a categorização não somente de doenças, mas também engloba uma grande variedade de sinais, sintomas, queixas, aspectos anormais e circunstanciais da sociedade e da vida. Existem, por exemplo, códigos

classificatórios para exame ou teste de gravidez, nascimentos únicos ou gemelares, agressão física, vítimas de terremotos, entre outros. Entretanto, Blexter (1987) alerta que o grande problema desses códigos desenvolvidos é que, em sua imensa maioria, eles estão baseados no modelo de doença. Diferentes tipos de desordens podem ser identificados em uma lista de categorias, na qual distúrbios sociais estão lado a lado com doenças, como se fossem o mesmo tipo de fenômeno e como se pudessem ser identificados da mesma maneira.

No estudo de Blexter (1987) sobre o alcoolismo como um diagnóstico, a autora aponta que, ao examinar as categorizações médicas, é possível notar frequentes confusões acerca do que é considerado doença, além de incertezas na conduta do médico, concluindo que o problema dos diagnósticos sociais, no final das contas, acaba sendo mais prático do que nosológico.

Tal estudo teve pouca reverberação no campo médico e sociológico. Entretanto, anos depois, quem irá avançar as pesquisas nessa área é o sociólogo britânico Phil Brown, durante os anos de 1990, ao propor uma Sociologia do Diagnóstico, campo de estudos que trata do reconhecimento do contexto social na prática do diagnóstico. Seus trabalhos, por sua vez, somente terão maior visibilidade e prospecção com os trabalhos da neozelandesa Annemarie Jutel, no começo do século XXI (Gomes & Muniz, 2020).

Em 1990, Phil Brown apresentou um estudo preliminar sobre a Sociologia do Diagnóstico, fazendo uma análise dos diagnósticos psiquiátricos, do modelo médico da biopsiquiatria e das falhas das categorizações diagnósticas, pautando-se no DSM-III. O autor aponta que existem muitos estudos sobre o controle social que a psiquiatria detém; no entanto, o que poucos apontaram é que o diagnóstico tem sido um componente central nesse controle social: "Dar o nome tem sido o ponto de partida dos rotuladores sociais. O poder de dar um nome tem sido o elemento central na natureza do controle social dos profissionais e das instituições de saúde mental" [tradução nossa] (Brown, 1990, p. 388)¹⁶. Trata-se de atribuir um nome de maneira impositiva e fixa, sem margem para ser dialetizado; diferente da questão da nomeação, trazida pela psicanálise, como veremos no capítulo 4.

Para Brown (1990), dar um nome ao problema tem como efeito a certeza e o controle para o clínico. Contudo, em certa medida, o paciente também quer esse controle que vem com o nome do diagnóstico, o qual parece remover o mistério do problema, já que dar um nome envolve futuras considerações sobre o tratamento, cura, implicações pessoais e aceitação social. Dar um nome de um diagnóstico ajuda as pessoas a darem sentido às experiências

¹⁶ "Giving the name has been the starting point for social labelers. The power to give the name has been a core element in the social control nature of the mental health professionals and institutions".

problemáticas, uma vez que algo desconhecido e potencialmente preocupante ou perigoso precisa ser assimilado. O sociólogo também ressalta que, em sua perspectiva, para os pacientes, o diagnóstico é menos importante do que ter uma ampla compreensão de seu problema e o que pode ser feito para tratá-lo e/ou revertê-lo.

O mesmo desejo do clínico por uma certeza também aparece no encontro com o paciente. O diagnóstico baseado no DSM representa uma abordagem linguística de poder para a categorização, na qual a subjetividade do paciente é sacrificada em prol da objetividade clínica. O DSM favorece um olhar objetivante, ao invés de um diálogo intersubjetivo, ao proporcionar que um diagnóstico seja feito separando as pessoas de seu mundo social. O distanciamento imbuído nessa noção (tanto do clínico para o paciente, quanto de seus sintomas do meio social) é ensinado como um ponto positivo, a fim de alcançar uma compreensão objetiva, além de ser uma meta desejada pelos médicos que se sentem sobrecarregados em seu ofício (Brown, 1990).

Em outro estudo de 1995, Brown afirma que o diagnóstico é central para o trabalho de todos os profissionais médicos, os quais, muitas vezes, são confrontados com uma "doença desorganizada", que incluem queixas aglomeradas, sintomas obscuros, desconexos ou misteriosos. O trabalho do médico é compreender e interpretar o material que recebe do paciente para chegar a uma "doença organizada". Em outros casos, os pacientes podem apresentar informações mais rasas que exigem menos trabalho para organizá-las.

Os médicos também fazem uso do diagnóstico como um veículo para a construção de todo o corpo de conhecimentos da medicina. O diagnóstico frequentemente determina o curso do tratamento (embora também seja determinado por outros fatores), assim como leva a um prognóstico (Brown, 1995).

Para alguns grupos e instituições poderosas, o diagnóstico pode ser uma ferramenta de controle social, a exemplo da consideração da homossexualidade como doença mental. Uma vez que o diagnóstico faz parte da linguagem da medicina, ele se torna um componente crucial, sendo considerado a "voz da medicina" (Mishler, 1984, citado por Brown, 1995, p. 39), já que tem a função de demarcar os parâmetros de normalidade e anormalidade, estabelecer os limites profissionais e institucionais dos sistemas de saúde e tratamento das sociedades, além de autorizar a medicina a rotular e lidar com as pessoas sob determinada perspectiva. Essa rotulação, por vezes, é componente legal para que seja fornecida a prestação de serviços em saúde, o direito a benefícios sociais, o comprovante de desemprego, o abono dos dias sem

trabalhar ou licenças trabalhistas, além de comparecer em laudos e testemunhos em tribunais. (Brown, 1995).

Embora existam frequentes discussões sobre as preocupações diagnósticas nas pesquisas da sociologia médica, sendo em maior volume nos estudos da psiquiatria, para Brown (1995), no entanto, não são suficientes para o desenvolvimento de uma visão geral do diagnóstico, pois, em grande parte, as especificidades dos diagnósticos psiquiátricos não são generalizáveis. Assim, carecem estudos sobre o diagnóstico em outros campos da medicina.

Por fim, Brown (1995) também enfatiza que as noções de doença são construções sociais e destaca a importância do envolvimento de cientistas sociais no campo da saúde, dado que as concepções de saúde e doença são mais afetadas por questões econômicas, políticas e culturais do que, propriamente, por fatores biomédicos.

Os trabalhos de Brown abriram caminho para a formalização da Sociologia do Diagnóstico como um campo de estudos. Dando continuidade, a neozelandesa Annemarie Jutel é uma das autoras que defende que a Sociologia do Diagnóstico seja considerada uma subdisciplina separada da Sociologia Médica e se esforça para produzir um esquema teórico para esse campo.

Em uma entrevista realizada por duas pesquisadoras do Rio de Janeiro com Jutel, Gomes e Muniz (2020), a entrevistada é indagada sobre o conceito de Sociologia do Diagnóstico:

A ideia por trás da Sociologia do Diagnóstico é que **o diagnóstico, diferentemente da doença, é um acordo social [grifo nosso]**. Como acadêmicos críticos, temos que reforçar que diagnósticos são categorias fluidas, que tendem a generalizar casos individuais, indicando que a maneira como alguém se sente pode ser entendida através de um termo genérico que condensa um conjunto de sintomas. O diagnóstico torna-se uma verdade diante da doença, legitimando a queixa e delineando uma espécie de curso para respostas desejadas. (Gomes & Muniz, 2020, p. 190)

Considerando que o diagnóstico é um acordo social, o psicanalista não pode ignorá-lo, tampouco não se submeter à lei. No entanto, cabe problematizar tais acordos, evidenciando os mecanismos sócio-políticos e econômicos que os compõem e os impactos da retirada ou da inserção de novas categorias diagnósticas.

Na mesma entrevista, a autora aponta que a sociedade está constantemente reavaliando o que é considerado doença e o que necessita de um “rótulo”. Contudo, Jutel não deixa de destacar os efeitos que um diagnóstico pode ter:

Todavia, não devemos ignorar o fato de que há consequências sociais para qualquer diagnóstico dado. Um diagnóstico pode legitimar uma queixa e fazer com que quem o recebeu seja aceito pela sociedade, receba tratamento e empatia. Outro diagnóstico pode estigmatizar e causar mais dor. Todos os diagnósticos carregam um conteúdo social, com discussões que criam categorias, interesses especiais que tanto encorajam quanto esmorecem um diagnóstico após o outro. Todas estas questões são informações importantes para acadêmicos críticos do diagnóstico bem como para as pessoas que sofrem (Gomes & Muniz, 2020, p. 191)

Em seu trabalho inaugural, "Sociology of Diagnosis: a preliminary review"¹⁷, Jutel (2009) faz um levantamento do que foi produzido até então sobre a temática e aponta diferentes funções e uso dos diagnósticos para a sociedade. Para a neozelandesa, o diagnóstico é parte integrante da medicina e da ordem social, ele organiza a doença identificando opções de tratamento, prevendo resultados e fornecendo uma estrutura explicativa. Além disso, o diagnóstico orienta os cuidados médicos: organiza o quadro clínico, determina a intervenção e fornece uma estrutura para a educação médica.

O diagnóstico também tem uma função administrativa, como uma espécie de passaporte, pois permite o acesso a determinados serviços, desde o reembolso do convênio médico até medicamentos de acesso restrito, atestado ou afastamento médico, aposentadoria por invalidez e participação em grupos de tratamento, assim por diante. Ser diagnosticado dá a permissão para estar doente, visto que aquilo que antes era uma mera queixa, agora é uma doença; portanto, os diagnósticos estruturam a realidade dos indivíduos, assim como também clarificam e, às vezes, explicam o que eles estão experienciando. Portanto, o diagnóstico também fornece uma expressão cultural do que a sociedade está preparada para aceitar como normal e o que ela sente que deve ser tratado (Jutel, 2009).

Ao ponderar sobre o diagnóstico como mecanismo de controle social e o seu uso pelo Estado, Jutel (2009) refere-se às vicissitudes existentes na nomeação do que acontece quando a gestação de uma mulher é interrompida. Aborto induzido, aborto espontâneo, óbito fetal ou natimorto são nomeações que dão acesso a diferentes privilégios e responsabilidades, de acordo com a rotulação aplicada. Um limite gestacional quase arbitrário determina se uma certidão de óbito é emitida, um enterro permitido, um benefício por morte concedido ou acusações legais serão tomadas, ou seja, o impacto na vida da mulher é diferente dependendo de qual diagnóstico é aplicado.

Em seu livro de 2011, "*Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*"¹⁸, Jutel amplia as discussões de seu trabalho anterior e traz novos elementos importantes; um deles é a relação entre diagnóstico e identidade. Segundo a autora, é muito provável que o diagnóstico rearranje a identidade do indivíduo, ameaçando a autodefinição que aquela pessoa tinha de si até então, posto que ela agora "habita uma doença". Já para aqueles que possuem uma doença

¹⁷ Sociologia do Diagnóstico: uma revisão preliminar (tradução nossa).

¹⁸ Dando um nome a isso: diagnóstico na sociedade contemporânea (tradução nossa).

grave ou crônica, a doença torna-se um tópico que contribui para que o indivíduo tenha novas atitudes em relação a si mesmo¹⁹.

A narrativa individual da doença tem relação direta com o diagnóstico, pois envolve aspectos culturais e históricos daquele diagnóstico. Nesse sentido, o diagnóstico pode também criar identidades coletivas, retirando o indivíduo de seu sofrimento isolado e proporcionando redes de apoio mútuo. Por sua vez, essas identidades coletivas têm um alto potencial de se organizarem em entidades e grupos, a fim de desafiar as autoridades profissionais e os imperativos políticos (Jutel, 2011), a exemplo dos casos de entidades brasileiras como o Movimento Down e a Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas Autistas, que lutam por pautas de direitos, cidadania, inserção social e despatologização, e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) que oferecem atendimento educacional especializado e tratamento ambulatorial para crianças e jovens com alguma deficiência.

Outro tipo de identidade coletiva, aponta Jutel (2011), são os movimentos identitários presentes no crescente número de comunidades *on-line* nas redes sociais focadas nos diagnósticos, cujo objetivo é agrupar pessoas em torno de doenças existentes ou emergentes e compartilhar experiências.

As contribuições da Sociologia do Diagnóstico estão em consonância com o que a psicanálise salienta acerca da revelação e da atribuição de um diagnóstico, bem como da necessidade da construção de narrativas acerca da patologia e do processo de adoecimento, conforme será apresentado no capítulo 4.

Segundo Dunker, (2015), nomear um sintoma, uma doença, um quadro ou uma síndrome é um ato que tem como efeito a produção de outro tipo de visibilidade para a dor e para o sofrimento. Dar um nome à situação inscreve o mal-estar e o sofrimento em um outro registro discursivo. É um reconhecimento do que acomete o sujeito, além de propiciar que essa experiência possa ser compartilhada com outras pessoas, já que agora possui um nome.

Desse modo, as contribuições dos pesquisadores da Sociologia do Diagnóstico nos levam a compreender a função de autoridade e poder da figura médica, cujo ato diagnóstico não é neutro ou livre de efeitos. O diagnóstico, como componente da linguagem médica, está em articulação direta à organização estrutural da sociedade e, por sua vez, envolve a atribuição de um nome. Portanto, uma vez que essa lógica está disseminada por todos os lados, retomamos a questão principal deste trabalho, acerca das repercussões do diagnóstico médico

¹⁹ Por meio de uma perspectiva psicanalítica, essa temática será abordada no capítulo seguinte, especificamente no item 4.2. Três tempos do ato diagnóstico: Revelação, identificação e nomeação.

para a construção da parentalidade, para assinalar que os pais não podem evitar entrar em contato com esse discurso e racionalidade, principalmente quando têm um bebê com alguma questão médica.

Kuss (2021) aponta que, em nosso tempo, o imaginário se espalha de maneira imponente, o que torna exponencialmente crescente a quantidade de páginas e perfis nas redes sociais nas quais muitas mulheres mães “produzem conteúdos” sobre a maternidade, como cartilhas, indicando “formas certas” de cuidar de um bebê.

Nesse sentido, uma revisão sistemática de literatura, realizada por pesquisadores australianos, mapeou trabalhos publicados de 2011 a 2020, em diversos países, sobre o modo como os pais usam as redes sociais como fonte de informações sobre saúde para seus filhos. A pesquisa indica que há um crescente aumento do uso de diferentes plataformas nos últimos anos, no qual o *YouTube*, *Twitter*, *Wikipedia* e *Facebook* são as redes em que os pais mais buscam informações, sendo o último o de maior prevalência, principalmente porque permite a construção de grupos e comunidades, para além das barreiras geográficas. Além disso, após mudanças no algoritmo do *Facebook*, em 2019, o qual promove um aumento de recomendações de grupos e conteúdos com a temática mais procurada por cada usuário, a promulgação do mesmo assunto, ou de semelhantes, é constante e exponencial (Frey, Bonfiglioli, Brunner & Frawley, 2022).

Esse levantamento também indicou que o nível de escolaridade dos pais que buscavam informações nas redes sociais mudou: antes de 2018 compreendia aqueles que tinham um nível menor; atualmente, contudo, corresponde a pais que tem maiores níveis de escolaridade. Esse dado é correlato a outro: o de que muitos pais consultam as redes sociais antes e depois de um atendimento com profissional de saúde para obterem mais informações (Frey et al., 2022).

Outra pesquisa, dessa vez realizada por um grupo de psiquiatras canadenses, buscou mapear a qualidade das informações disseminadas no *TikTok* sobre o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em 2021, ano em que a plataforma teve imensa ascensão, com bilhões de novos usuários, durante a pandemia do COVID-19. Foram selecionados os 100 vídeos mais vistos e curtidos com a hashtag #adhd (sigla para TDAH em inglês), o que totalizava uma média de quase 3 milhões de visualizações por vídeo. Cerca de 52% apresentavam informações errôneas e incompletas (com base nos parâmetros da psiquiatria), além de não recomendarem a procura por um profissional de saúde. Ao considerar que o algoritmo do *TikTok* tende a apresentar conteúdos similares para os usuários, os pesquisadores concluíram que existem altas chances de serem cada vez mais disseminadas

informações deformadas, o que pode acarretar o risco de diagnósticos errados e/ou em excesso (predição que é possível acompanhar na atualidade) (Yeung, Ng & Abi-Jaoude, 2022).

Estudos desse tipo são escassos no campo da saúde e, apesar de não corresponderem necessariamente aos diagnósticos em bebês, avizinham-se desse trabalho, pois têm a função de evidenciar o quanto todos estão completamente envolvidos pela racionalidade e discursividade médica e pelos meios de disseminação desses conteúdos, seja na realidade compartilhada ou virtualmente. Dessa perspectiva, as diferentes vicissitudes sobre os diagnósticos dos bebês também estão incluídas nesse movimento, visto que com uma simples busca é possível encontrar milhares de informações, orientações, *checklists* e diagnósticos acerca de quaisquer sinais e sintomas que um bebê possa apresentar que sejam estranhos à interpretação parental.

3.2.2 Considerações acerca da noção de diagnóstica proposta por Dunker

Os atos diagnósticos têm força capaz de gerar tratamentos, coações, interdições e autorizações, além de estarem pulverizados nos raciocínios e estratégias de inserção política, clínica e social. Desse modo, com a expansão, difusão e inserção dos atos diagnósticos na sociedade, Dunker (2015) propõe que sejam chamados de diagnóstica, no feminino.

Quanto à diferenciação entre diagnóstica e diagnóstico, para Dunker (2015), o diagnóstico tem a tarefa de reconhecer os sintomas em unidades regulares (as doenças, síndromes, quadros ou distúrbios), enquanto a diagnóstica objetiva articular mal-estar, sofrimento e sintoma²⁰, ou seja, diz respeito a uma reconstrução das formas de vida, que envolve o diagnóstico (médico, psiquiátrico, psicológico), os efeitos diagnósticos (no âmbito jurídico, econômico, moral) e o laço social (gênero, classe, sexualidade).

Assim sendo, o ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular. A diagnóstica é a condição de possibilidades dos sistemas diagnósticos (Dunker, 2015, p. 20)

Portanto, no que compete ao âmbito da saúde, o diagnóstico médico vai além de nomear o adoecimento; aponta para a reconstrução dos modos de viver, visto que ele incide nos âmbitos econômico (como arcar com as despesas decorrentes do adoecimento); social e moral (caso haja um estigma na cultura familiar); educacional (caso implique restrições ou cuidados especiais); e jurídico (se o plano de saúde não arcar com o tratamento ou se for

²⁰ Para a psicanálise estas são três noções fronteiriças, sendo que o mal-estar é irremediável, em virtude das contenções e repressões que o campo social civilizatório impõe; o sofrimento como uma resposta possível ao mal-estar, visando à obtenção de reconhecimento; e o sintoma como expressão de um conflito psíquico (Freud) e uma produção singular do sujeito frente ao inapreensível do Real (Lacan). (Dunker, 2015)

necessário recorrer à defensoria pública para garantir o tratamento). Além dessas, também incide nas dimensões psíquica e emocional, visto que o diagnóstico pode afetar consideravelmente o horizonte futuro, necessitando ressignificar o passado e as perspectivas do que está por vir (Dunker, 2015).

Nesse sentido, os diagnósticos clínicos no campo da saúde se fundam no campo da distinção entre normal e patológico, enquanto os diagnósticos em outras esferas fazem uso do patológico como metáfora, como por exemplo o diagnóstico de devastação ambiental (Dunker, 2015).

Acerca do que é normal e do que é patológico, não há como retomar senão Canguilhem (1943/2009), que se propõe a fazer uma distinção entre anomalia, estado patológico, norma, normalidade, além de questionar as fronteiras entre as noções de normal e patológico. Segundo o autor, existe uma variação na consideração entre o que é normal e o que é patológico, a depender da esfera ou do indivíduo em que tal manifestação aparece. Seria preciso, então, certa relatividade sobre o que é normal.

Contudo, relativizar a norma não significa banalizar ou desconsiderar quando um indivíduo se diz doente ou, de fato, apresenta uma doença, principalmente porque, segundo Canguilhem (1943/2009), "patológico" não é oposto à "normal", pois quando um indivíduo está doente, sua vida não está ausente de normas, mas está sendo regida por outras normas.

Ainda a respeito da distinção entre diagnóstico e diagnóstica, Dunker (2011) assinala que o primeiro corresponde a um ato específico e o segundo diz respeito ao “fazer continuado por meio do qual a hipótese diagnóstica se confirma ou se desmente, se específica ou se generaliza, se atualiza ou se transforma a cada novo tempo do tratamento e suas intercorrências” (p. 407).

Nesse sentido, Dunker (2011) trata o diagnóstico como uma decisão, um ato inerente ao dispositivo clínico, que deveria tender e supor a eficácia, “não a certeza como critério de legitimação” (p. 409). Todavia, não é essa concepção que se encontra, em sua grande maioria de vezes, advinda do campo médico, no qual os diagnósticos são feitos em consultas breves, numa espécie de fotografia, congelada no tempo e espaço.

O diagnóstico como ato, segundo Dunker (2011), “implica em uma objetivação do paciente em uma nova forma de alienação” (p. 458), um reducionismo da experiência de sofrimento a uma categoria nosográfica, em que a revelação de um diagnóstico é terrivelmente redutiva em relação a toda experiência que ela acaba comprimindo ou generalizando (Dunker, 2015).

É preciso, portanto, a partir da concepção psicanalítica, escutar como cada sujeito se apropria de sua questão patológica, como o diagnóstico poderá, ou não, ser articulado em sua história e narrativa singular. *No que compete a esta pesquisa, essa será uma tarefa a posteriori para os então bebês, futuros adultos, desempenharem. Todavia, por ora, essa é uma tarefa que compete aos pais e/ou cuidadores, principalmente, porque se faz necessária uma reconstrução dos modos de viver daquela família após esse acontecimento.*

A revelação de um diagnóstico, quando feita sem prudência e sem considerar a noção de diagnóstica, pode ter efeitos violentos, como a classificação; a criação de um grupo e exclusão de outro, por consequência; a fixação sob um nome e o esvaecimento do sujeito do inconsciente; a aglutinação da identidade e a massificação do Eu; e, porventura, a obliteração da subjetividade.

Esses efeitos estão bastante difundidos na psicanálise no que se refere aos diagnósticos psicopatológicos, correspondentes aos transtornos mentais e de comportamento (categorias psiquiátricas), seja em adultos ou crianças – campo em que há uma extensa produção crítica dos psicanalistas, trazendo para o debate a psiquiatria, a psicanálise, a psicopatologia e as ciências médicas baseadas na anatomopatologia e componentes físico-químicos. Contudo, esse mesmo movimento é pouco feito quando o debate diz respeito aos diagnósticos clínicos orgânicos, como os de doenças infecciosas, metabólicas, neurológicas e síndromes genéticas, por exemplo, em que as manifestações e discussões psicanalíticas em torno dessas temáticas são mais reduzidas²¹.

Uma série de autores do campo psicanalítico aborda o assunto dos diagnósticos psicopatológicos por uma via comum: uma posição denunciativa e de resistência, principalmente quanto às práticas psiquiátricas atuais, seus sistemas classificatórios e reducionistas da subjetividade, ao “etiquetamento” do sujeito a uma categoria, a diagnóstica operando como uma descrição fenomenológica, assim como o aumento de categorias nosográficas nos últimos anos, aliados à imensidão das indústrias farmacêuticas (Zarifian, 1989; Kammerer & Wartel, 1989; Pereira, 2009; Dunker e Kyrillos Neto, 2011; Fendrik, 2011). Alertas não sem motivos, que vêm apontar para as classificações vigentes na contemporaneidade. Assim, torna-se necessário abordá-las de modo mais detalhado.

²¹ Essa distinção, especificamente circunscrita ao escopo dessa pesquisa, no que tange aos diagnósticos em bebês, será apresentada no capítulo 5, no item 5.2. Diagnósticos psicopatológicos *versus* diagnósticos do organismo.

3.2.3 Um manual a cada versão: As alterações do DSM ao longo das décadas

A Classificação Estatística Internacional de Doenças, publicada em sua décima primeira versão (CID-11), em 2019, pela OMS, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado em sua quinta versão em 2013, pela Associação Psiquiátrica Americana, funcionam como guias, com o intuito de nortear o trabalho clínico e uniformizar uma linguagem comum internacional ao categorizar os indivíduos-pacientes em uma descrição “universal” dos seus sintomas e, assim, diagnosticá-los e classificá-los. Esses são alguns dos critérios utilizados para pautar a saúde no Brasil no Sistema Único de Saúde.

Ambos os dispositivos classificatórios são nosográficos, ou seja, descrevem quadros a partir de sintomas, nos quais não há espaço para que possa ser pensado a noção de sujeito – tão cara à psicanálise – tampouco os vieses sociais e políticos. Nesses manuais “há uma homogeneização das subjetividades, pois todos são pensados como idênticos, na medida em que apresentam sintomas semelhantes” (Danziato, Martins, & Matos, 2018, p. 46).

Assim, apresentaremos os processos em jogo na criação e desdobramento do DSM com o intuito de refletirmos sobre as marcas deixadas no campo psicanalítico durante as mudanças ocorridas nesses manuais nas últimas décadas.

Dunker e Kyrillos Neto (2011) fazem um percurso consistente analisando o DSM-I até o DSM-V. O principal objetivo, dos Estados Unidos, para desenvolverem uma classificação de transtornos mentais era para obter informações estatísticas. A primeira tentativa oficial foi no Censo, em 1840, a partir da medição da quantidade presente de duas categorias – idiotice e insanidade. Para o Censo de 1880, havia sete categorias para serem medidas: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, alcoolismo e epilepsia. A partir dessas sete categorias, a Associação de Psiquiatria Americana (APA) e a Comissão Nacional de Higiene Mental formularam um guia para hospitais mentais, chamado de *Manual estatístico para o uso de instituições de insanos*, composto de 22 diagnósticos, lançado em 1918 (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

Segundo Dunker (2014), a psicanálise passou a orientar os fundamentos da classificação norte-americana das doenças mentais durante cinco décadas, de 1900 a 1950, graças a três noções importantes: personalidade, estrutura e psicodinâmica.

Em 1952, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é publicado próximo do formato atual pela APA, elaborado em função dos estragos psíquicos que a Segunda Guerra Mundial tinha deixado nos soldados e na população civil, no qual as categorias “clássicas” já não eram suficientes para as novas afecções que se observavam

(Fendrik, 2011), passando de 22 diagnósticos para 180.

Ele [o manual] evoluiu a partir dos sistemas de coleta de recenseamento e estatísticas de hospitais psiquiátricos e de um manual desenvolvido pelo Exército dos Estados Unidos com a finalidade de seleção e acompanhamento de recrutas, bem como das vicissitudes surgidas no contexto da guerra. Na versão de 1952, o sistema amplia a classificação utilizada pelo Exército desde 1918, de modo a uniformizar os critérios semiológicos da prática diagnóstica em torno de 180 distúrbios (Dunker & Kyrillos Neto, 2011, p. 614)

Em 1968, é publicada a segunda versão do DSM. A CID-8, também publicada em 1968, era bastante semelhante ao DSM da época, no que compete à seção dos transtornos mentais, que compreendia 182 distúrbios e foi revisada pela APA.

Entre 1952 e 1973, o DSM foi alvo de diversas críticas: a psicanálise será expurgada dos manuais a partir das edições seguintes, a homossexualidade será retirada da categoria de doença, assim como as associações entre feminilidade, histeria e masoquismo passaram a ser revistas, em virtude de intensos protestos de críticos e ativistas (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

Como aponta Brown (1990), segundo a Sociologia do Diagnóstico, o diagnóstico pode ser compreendido como uma arena de luta entre profissionais e críticos leigos, em que ambos batalham pelos papéis e funções dos diagnósticos, como nos casos das lutas feministas e dos homossexuais, para despatologizar aspectos da sexualidade. Outro ponto que corrobora com essa ideia é que o transtorno de estresse pós-traumático, por exemplo, somente foi adicionado ao DSM-III em virtude de uma ação conjunta dos veteranos do Vietnã com os profissionais de saúde contra a guerra. Essas lutas, portanto, apontam que as descobertas científicas não são somente resultados de estudos científicos em andamento, mas também são frutos de batalhas políticas.

Sob a prerrogativa de uniformizar a pesquisa psicopatológica com base biomédica e alinhada à indústria farmacêutica, de ajustar o DSM à CID e com o abandono à referência psicanalítica, surge, em 1974, o DSM-II, com características inteiramente diferentes da versão anterior (Dunker, 2018).

Em 1974, a decisão de criar uma nova revisão do DSM foi tomada, e Robert Spitzer teve o cargo de presidente da força-tarefa. O ímpeto inicial foi fazer a nomenclatura DSM coerente com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), publicado pela Organização Mundial de Saúde. A revisão ganhou uma forma mais ampla, sob a influência e controle de Spitzer e seus membros escolhidos. Um dos objetivos foi o de melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico. Havia também a necessidade de padronizar as práticas de diagnóstico dentro dos Estados Unidos e com outros países depois que a pesquisa mostrou que os diagnósticos psiquiátricos diferiam significativamente entre a Europa e os Estados Unidos. O estabelecimento desses critérios também foi uma tentativa de facilitar o processo de regulamentação farmacêutica (Dunker, 2014, p. 90)

Poucos anos depois ocorre a publicação do DSM-III em 1980, com 265 categorias, em que se pretendeu assumir uma posição ateuórica, objetiva e supostamente neutra, fazendo uso

de sinais clínicos visíveis, descritivos e quantificáveis da medicina baseada em evidências. O manual modificou sua concepção de prática psiquiátrica e de pesquisa, ao ter disponível, a partir de então, um sistema diagnóstico descritivo-terminológico, que viria a servir de apoio para as pesquisas empírico-experimentais, em que os contextos e variantes sociais são reduzidos (Dunker & Kyrillos Neto, 2011; Dunker, 2014, 2018). É nessa versão, pela última vez, que é empregada a neurose como categoria clínica (Dunker, 2018).

Nesse período, o Manual passa a ser uma referência internacional aceita na grande maioria dos países do Ocidente, utilizado em grande escala pelos sistemas públicos de saúde, para normatizar os convênios médicos e como ferramenta em pesquisas no campo da psiquiatria e farmácia (Mayes & Horwitz, 2005, citado por Dunker, 2018).

Já na época do DSM-III, na década de 1980, na França os debates em torno dos diagnósticos eram pauta de psiquiatras e psicanalistas. Édouard Zarifian, psiquiatra francês, ao discorrer sobre o uso do manual diagnóstico americano, defende que o DSM-III deveria restringir seu uso somente ao campo da pesquisa, para estabelecer grupos homogêneos de pacientes. Todavia, tem sido usado para diagnosticar pacientes para a vida toda, contribuindo, assim, como outros sistemas diagnósticos (na época estava vigente pela OMS a CID-9), “para imobilizar o paciente sob uma etiqueta, e [para] imobilizar a equipe assistente (dos médicos assistentes) para uma atitude terapêutica sem matizes” (Zarifian, 1989, p. 49). Zarifian também aponta o papel central dos psicotrópicos na evolução dos conceitos diagnósticos, sendo a grande responsável por isso as indústrias farmacêuticas.

Em contrapartida, Théophile Kammerer e Roger Wartel (1989), psicanalistas franceses, acreditavam que o perigo não era de o paciente ficar encerrado sob uma categoria, mas o risco consistia em o próprio clínico ficar aprisionado a ela. A saída seria, portanto, um interesse mais aprofundado na vida singular do paciente, em sua história particular e ambiente, o que poderia favorecer um descolamento do interesse pelo diagnóstico e as categorias nosográficas passariam a um caráter raso e sumário. Acerca do DSM, Kammerer & Wartel (1989) assinalavam uma preocupação que se tornou profética: a “de volatilizar, num manual técnico frio e neutro, um saber laboriosamente adquirido por gerações de clínicos em contato com doentes” (p. 33).

Contendo 297 desordens, em 1994, é publicado o DSM-IV, que vem consolidar não só o rompimento com a psicanálise, mas também com certa racionalidade da psicopatologia, ao se aliar cada vez mais com a medicina biofisiológica, trazendo a soberania dos psicofármacos. A quarta versão é revisada nos anos 2000, chamada de DSM-IV-R, e inclui

outras 21 novas categorias em um apêndice, além das 297 já existentes (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

Pereira (2009) enfatiza que o DSM renunciou a ser uma psicopatologia, com uma racionalidade teórico-clínica, mas busca ser apenas um sistema classificatório fidedigno dos padecimentos psíquicos. Na mesma linha, Dunker (2018) situa que o DSM, ao adotar critérios estatísticos e de mera convencionalidade, se distancia da consideração de que uma patologia mental tem estreita relação com os modos de subjetivação e socialização de cada época e “...assume que a racionalidade clínica do diagnóstico pode ser estabelecida sem consideração etiológica ou teórica e com uma semiologia exclusivamente descritiva, sem qualquer ligação de ordem ou classe entre os signos, sintomas e traços que definem um sintoma” (p. 319).

Uma década depois, em 2013, é publicada a quinta versão, com novos quadros patológicos, constando mais de 300 categorias. Caponi (2014) aponta que o DSM-V não poderá ser considerado como “padrão ouro”, pois, apesar de se pretender um sistema biologicamente fundado, até hoje, apesar dos esforços das neurociências, não existe nenhuma resposta conclusiva dos estudos biológicos para as patologias mentais²².

Fendrik (2011) questiona se, de fato, teria aumentado a quantidade de transtornos na população nas últimas décadas, em virtude do aumento de páginas do DSM a cada edição, de menos de 150 na primeira edição, para quase 900 na quarta e, aproximadamente, 1.000 na atual quinta versão. Para a autora, o que aumentou foi a impunidade com que se nomeiam, medem e medicalizam os comportamentos não esperados e “inadequados”, momento em que a medicalização mostra efetivamente sua função: conter, diminuir, aliviar, apaziguar aquilo que não se tolera.

Um dos maiores problemas do DSM, para Fendrik (2011), é a falta de controle do seu uso, que ultrapassa o controle da APA e invade outros territórios, como as escolas, consultórios psicopedagógicos, tribunais, hospitais e serviços sociais. Isso permite que leigos façam uso do instrumento e possam denominar outras pessoas, utilizando a classificação como “referência”. A confiabilidade foi aniquilada pelo discurso biomédico em virtude de uma série de siglas e nomes diagnósticos que se tornaram quase nomes próprios, como podemos ver disseminados na contemporaneidade, pessoas que se automeiam, ou nomeiam os outros, por meio de entidades diagnósticas: “nós TDAH”, “as *borderlines*”, “autistas como ele”, entre

²² A título de exemplo, em julho de 2022, foram publicados, na Folha de S. Paulo, os resultados de pesquisas realizadas por um grupo de psiquiatras do Reino Unido. Esses resultados indicavam que a depressão não está necessariamente ligada aos baixos níveis de serotonina no cérebro, colocando à prova toda uma teoria acerca de os transtornos mentais estarem relacionados a um desequilíbrio bioquímico. Apesar desse estudo, essa concepção não é unívoca no campo (Fernandes, 2022).

outros.

Dois anos antes de o DSM-V ser publicado, em 2011, em Barcelona, foi lançado o movimento *STOP-DSM*, por meio de um manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística, assinado por mais de 220 grupos, associações e instituições psicanalíticas da América Latina e Europa. O manifesto se opõe ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM, da *American Psychiatric Association*, como único critério para a clínica sintomatológica psíquica e "à existência de um código de diagnóstico único, obrigatório e universal" (*Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística*, 2013, p. 362), e defende um modelo de saúde em que a palavra deveria ter primazia, considerando a singularidade do paciente e sua dimensão subjetiva e sócio-histórica.

O manifesto também alertava e previa para os próximos anos um significativo aumento da medicalização, em virtude das novas categorias nosográficas e o modo como elas propunham as terapêuticas. Segundo o manifesto: "Qualquer manifestação de mal-estar será rapidamente transformada em sintoma de uma perturbação que necessitará ser medicalizada indefinidamente, até a morte" (*Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística*, 2013, p. 363). Essa previsão se tornou realidade quanto ao vertiginoso aumento da medicalização do mal-estar na última década.

Ainda que o movimento *STOP-DSM* não se restringisse ao campo da infância, muito menos, acerca dos bebês, ele tem um valor por sublinhar um posicionamento bastante contrário e de resistência, por parte dos psicanalistas, acerca da lógica biomédica amplamente disseminada e imbricada na Psiquiatria ocidental ao longo das últimas décadas, o que, evidentemente, provocou marcas e deixou vestígios no campo psicanalítico.

Uma década se passou desde a última versão do DSM-V e todo o movimento de resistência da psicanálise parece ter surtido pouco efeito para que essa lógica mudasse. Pudemos acompanhar um vertiginoso aumento da medicalização do mal-estar e do sofrimento, um substancial crescimento do uso de psicotrópicos e um constante movimento de pessoas se automeando e nomeando os outros, por meio de categorias diagnósticas. *Assim, indago: O que nós, psicanalistas, podemos fazer (de novo) com isso?*

Apenas como dado exemplar, no Brasil, em 2018, 56,6 milhões de caixas de medicamentos para ansiedade e para dormir foram compradas pelos brasileiros, cerca de 1,4 bilhão de comprimidos por ano (somente na categoria dos benzodiazepínicos, popularmente chamada de calmantes), segundo os dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Durante a

pandemia da COVID-19, em 2021, um levantamento feito pelo Conselho Federal de Farmácias mostrou que quase 100 milhões de caixas de medicamentos antidepressivos e estabilizadores de humor foram vendidos em todo o ano de 2020. Ambos os levantamentos, trazem dados que não consideram a rede pública do SUS, somente a venda em estabelecimentos privados.

Segundo Goldenberg (2011), a psicanálise tem seu papel no atual cenário, uma vez que permaneceu por um longo período ausente dessas discussões. Portanto, ele não atribui toda a responsabilidade aos laboratórios farmacêuticos internacionais por ter colocado a psicanálise fora desse combate. O autor também faz uma provocação: “em vez de perder tempo gritando aos quatro ventos o triunfo da psiquiatria armada do DSM-IV, nós, psicanalistas, deveríamos nos perguntar por que estamos deixando de ter espaço na sociedade para fazer chegar aos cidadãos sua própria mensagem de modo invertido” (Goldenberg, 2011, p. 43).

Desse modo, concordamos com a crítica feita por Goldenberg sobre a responsabilidade da psicanálise para esse cenário e salientamos a evidente disputa de campo e poder da comunidade psicanalítica nesse processo. Acreditamos, assim, que a omissão não parece uma estratégia eficaz, diante do desmantelamento da subjetividade que tal discurso pode provocar. Ao implicar a psicanálise, o autor aumenta o holofote da problemática, considerando que o fato de os psicanalistas apontarem o problema e criticarem a lógica vigente, não faz com que ele seja extinto ou diminua de proporção.

Resistir ao discurso médico e fazer frente a esse modo de operar a linguagem tem sua validade, mas parece não ser suficiente e pode contribuir, talvez, cada vez mais para a marginalização da psicanálise na esfera social, distanciando-a da pólis e da possibilidade de tratar o sofrimento humano.

3.3 A antinomia discursiva entre Psicanálise e Medicina

Foucault abordou o fenômeno da medicalização, não somente no que compete ao processo de sanitização e organização das cidades da medicina social europeia, entre o século XVIII e XIX, mas também atribuiu ao conceito uma outra significação na conferência “Crise da medicina ou crise da antimedicina”, de 1974: a de “medicalização indefinida”, que diz da transformação de um aspecto da vida em um objeto da medicina.

Segundo Foucault (1974/2010), durante o século XX, a medicina perdeu suas fronteiras e passou a fazer parte do cotidiano de todos, sem necessariamente que os indivíduos a demandassem. A medicina não mais funcionaria em seu campo tradicional, definido pela

demanda do doente acerca de seu sofrimento, sintoma e mal-estar, mas, frequentemente, ela passou a se impor ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade, estando incorporada à sexualidade, às escolas, às famílias, ao campo jurídico, à urbanização e às cidades, à alimentação, à economia etc. A medicina "começa a não mais ter campo exterior" (p. 183).

Essa lógica de funcionamento, sustentada pelo rigor científico, pelo observável que está no "olhar" médico e pelo que é possível de ser enunciado, Jean Clavreul (1983) nomeia como Ordem Médica.

A Ordem médica não tem de ser defendida nem demonstrada. Os médicos são seus executantes, seus funcionários, muitas vezes humildes, às vezes gloriosos, mas a Ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade até nossa morte no hospital, desde os exames pré-natais até à "verificação", na autópsia. Mais ainda que a eficácia da medicina, é sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável (p. 40)

Ordem de funcionamento que continua a se desenvolver e que nada poderá dobrar, segundo Clavreul (1983), uma vez que sua estrutura não depende dos suportes teóricos da medicina. Estamos diante de um certo modo de funcionamento discursivo, em que os elementos, estando cada qual em seu lugar, operam em determinado sentido.²³ Tem-se, assim, a medicina como um modo discursivo que opera na ideia de normatividade e que compete não somente aos médicos, mas também aos profissionais que trabalham por meio deste discurso, como enfermeiros, fisioterapeutas, biomédicos etc., assim como aqueles que não correspondem ao campo da saúde, mas que recorrem a esse discurso em determinadas circunstâncias.

Impõe-se a necessidade de falar da medicina como sendo um discurso. E, primeiramente, para extrair o fato de que se participa do discurso médico mesmo que não se possua seu saber e sua prática. O maior médico não pode pretender possuir todo o saber e toda a técnica; ele deve frequentemente recorrer à opinião de seus confrades e também aos seus livros. Ao contrário, o mais ignorante dos não-médicos pode ser levado a se improvisar como socorrista e com isso realizar um ato médico. Há uma hierarquia em medicina, que é uma hierarquia do saber. Não creio que essa hierarquia possa ser abolida. (Clavreul, 1983, pp. 48-49)

É porque a medicina invoca a ciência, atualmente sinônimo da verdade, que se pode tomá-la como um discurso, o que levou a medicina a se tornar um pilar resistente na contemporaneidade e passível de ser suportado, mesmo diante de ataques e críticas veementes quanto a seu modo de funcionamento (Clavreul, 1983).

Contudo, a exatidão do saber médico não corresponde à verdade. Com a doença sendo o objeto do discurso, a medicina apaga a posição de enunciador do discurso, que seria do doente, pelo enunciado do sofrimento, assim como também despossui a subjetividade do médico, organizando, portanto, um modelo de funcionamento discursivo.

²³ No capítulo seguinte, no item 4.1.2. Os discursos em Lacan, será apresentado, a partir da teoria lacaniana, o modo como o discurso médico opera, esmiuçando os elementos, lugares e o sentido discursivo.

Todavia, esse modelo de discurso não é o mesmo em que o psicanalista opera; a psicanálise é antes, o avesso da medicina (Clavreul, 1983).

A despeito disso, Freud, no texto "A questão da análise leiga", de 1926, aponta que na faculdade médica, os médicos recebem uma formação mais ou menos oposta ao que é necessário para a compreensão da psicanálise. As grades curriculares e a racionalidade lógica estão voltadas para os fatos objetivamente verificáveis da anatomia, física e química, isso compreende aspectos essenciais para o sucesso da prática médica.

Já no que se refere aos elementos da vida psíquica, estes não competem ao campo de estudos da medicina. Somente a psiquiatria, como disciplina médica, deveria se ocupar com os transtornos das funções psíquicas; entretanto, o modo como ela o faz é por meio da busca dos determinantes físicos no organismo para os distúrbios psíquicos, com o intuito de tratá-los "como outras causas de doenças" (Freud, 1926/2014b, p. 191). Nesse sentido, Freud pontua que esse recorte no campo de estudo diz respeito ao próprio modo de funcionamento da ciência e, exatamente por isso, medicina e psicanálise não deveriam ser colocadas como rivais.

A psiquiatria está certa nisso, e a formação médica é claramente muito boa. Se dela afirmamos que é unilateral, temos de primeiramente explicitar o ponto de vista a partir do qual essa característica se torna uma objeção. **Toda ciência, em si, é unilateral; tem de sê-lo, por restringir-se a determinados conteúdos, perspectivas e métodos. É um contrassenso — que não desejo partilhar — jogar uma ciência contra a outra [grifo nosso].** A física não diminui o valor da química, não pode tomar seu lugar, e tampouco pode ser substituída por ela. Sem dúvida, a psicanálise é especialmente unilateral, como ciência do inconsciente psíquico. Portanto, não deve ser negado às ciências médicas o direito à unilateralidade (Freud, 1926/2014b, p. 191)

Nessa vertente, para Moretto (2019a) existe uma antinomia radical entre Psicanálise e Medicina; ambas seguem caminhos paralelos, mas nunca se cruzam. Apesar disso, frequentemente em hospitais e instituições de saúde, há o encontro de psicanalistas e médicos. A antinomia referida diz das diferentes posições que cada uma ocupa para operar sua clínica e dos discursos que as sustentam.

O que sustenta o psicanalista em sua clínica é a descoberta freudiana do inconsciente, sendo aquele que opera e determina o psiquismo do sujeito humano e que depende da fala para se manifestar, seja nos chistes, atos falhos, lapsos e relatos dos sonhos. Já a posição do médico se ancora no saber da Medicina, saber esse que se propõe a dizer o que afeta a pessoa doente.

Moretto (2019a) afirma que a Medicina opera como um discurso, próximo ao discurso do mestre²⁴. O imperativo metodológico do discurso médico, ao se pretender operar pela

²⁴ A autora faz referência à teoria lacaniana dos discursos, que será apresentada no capítulo seguinte. Contudo, em linhas gerais, podemos dizer que essa teoria corresponde a quatro modalidades discursivas que envolvem: a sua organização, a quem ele se refere, o que se produz a partir dele e qual verdade pode ser extraída. Aspectos que podem ser encontrados por meio de quatro elementos que, a depender do lugar que estão posicionados, geram um determinado discurso: mestre, universitário, analista e histérico.

objetividade e cientificidade e ser representante do discurso científico, que prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia quanto daquele que o escuta, implicará não só a abolição da subjetividade do médico, que precisa calar os seus sentimentos, mas também a do paciente, ao despossuir o doente de sua doença, de seu sofrimento e posição subjetiva.

O que fica de subjetividade, tanto aqui como lá, não constitui senão franjas, e estas franjas são sempre suspeitas: no doente, de fazer intervir sentimentos da ordem do pudor, do medo, da angústia, que o conduzem a recusar os exames e os tratamentos médicos; no médico: de prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico e a tomada em consideração apenas dos imperativos terapêuticos nas decisões a serem adotadas. (Clavreul, 1983, p. 211)

Contudo, nas relações concretas entre o médico e o doente, a subjetividade outrora forcluída tem seu retorno, “já que o que ele [discurso médico] nega na teoria, retorna na prática” (Moretto, 2019a, p. 64), pois “a adoção do discurso médico implica em um dessubjetivação que a posição do doente quase não permite” (Clavreul, 1983, p. 211). Esse imperativo metodológico, ao excluir as subjetividades, também funda a “relação” médico-doente. Os médicos e os doentes dificilmente têm o mesmo vocabulário e linguagem. Mesmo quando o paciente é um médico, ele está em outro lugar e não é um bom juiz de seu próprio caso (Clavreul, 1983).

Um ponto importante dessa relação é o distanciamento entre médico e doente, onde o que interessa ao clínico é a doença. Segundo Clavreul (1983), atualmente com a variedade de exames de todos os tipos torna cada vez menos importante o encontro entre médicos e doentes. O autor ainda aponta que em grandes instituições de saúde, a visita ao leito torna-se secundária e menos importante, em prol do exame da ficha do paciente, o que o leva a concluir que “falar da relação médico-doente é praticamente falar de um mito” (Clavreul, 1983, p. 212).

Jorge (1983) aponta que além de não existir relação médico-doente, não existe relação médico-doença. Somente existe a relação instituição médica-doença, na qual a instituição médica é o lugar de totalidade do discurso médico e a doença o objeto do próprio discurso médico, sendo o homem apenas um terreno anônimo onde a doença se instala.

Foucault (1963/2021a) aponta que a relação médico-doente não é algo que interessa à Medicina, visto que seu campo é delimitado por seu aparato metodológico. Entretanto, a consequência dessa dessubjetivação é relevante à psicanálise, uma vez que essa pretende restituir o sujeito a seu lugar.

É aí que se impõe a diferenciação radical entre discurso médico e discurso psicanalítico. O discurso médico tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada. Os médicos prestam muito pouca atenção ao que dizem os pacientes a respeito dos seus sintomas, imaginando que não podem tirar nenhum proveito disso, nada valioso de suas comunicações, porque o discurso médico não teria como codificar o sofrimento subjetivo do sintoma, o lugar que o sintoma ocupa no psiquismo; não teria mais o que fazer senão agrupá-lo como sinais característicos de uma determinada síndrome. Já o psicanalista tem um posicionamento inverso. O seu discurso não tem uma função silenciadora, mas sim uma função silenciosa, que promove a proliferação da fala do

sujeito, pois, tendo outro referencial teórico, ele sabe que essa seria, talvez um lugar dos sintomas, uma via possível para a emergência do desejo. (Moretto, 2019a, pp. 69-70)

Para Moretto (2019a), as formações do inconsciente que seriam “lixo” para a Ciência, porque ela não consegue inscrevê-las e sistematizá-las em seu discurso, são objeto de atenção para a psicanálise, pois constituem a verdade do sujeito e a expressão de seu desejo. De acordo com Clavreul (1983), uma vez que o imperativo metodológico do discurso médico prima pela objetividade e cientificidade, a Medicina não é capaz de levar em conta o mal-estar da subjetividade, pois, diante dele, não tem nada a dizer.

A partir disso, podemos constatar que diferentes referências metodológicas e ideológicas sustentam cada um dos discursos, o que, sem dúvida, acarretará diferentes práticas clínicas que deverão coexistir em uma instituição de saúde. As questões acerca dos impactos do diagnóstico e de seus efeitos não parecem ser de interesse do campo da medicina, justamente porque diagnosticar é estritamente a função pilar do trabalho médico. Outrossim, cabe a nós psicanalistas, debruçarmo-nos sobre este assunto.

No que se refere àqueles que estão as voltas com um diagnóstico, compete ao psicanalista sustentar a subjetividade dos sujeitos e tratar do sofrimento psíquico, sobretudo quando um ato diagnóstico pode produzir novas realidades e transformar a vida das pessoas. O que nos interessa aqui é escutar como cada sujeito se apropriará (ou não) desse nome atribuído e como este poderá ser incluído e narrado em sua história singular.

4 DOS ATOS DE FALA À NOMEAÇÃO: DE AUSTIN A LACAN

Considerando que o diagnóstico é um ato (Dunker, 2011) e um componente da linguagem médica, este capítulo pretende tratar dessa produção de fala por duas perspectivas: pela teoria dos atos de fala de John Austin e pelas teorias do ato e da nomeação/nominação²⁵ de Lacan. Tal investigação visa refletir sobre o que se estabelece, em relação à palavra, entre um médico que profere um diagnóstico e aqueles que o recebem, especificamente os pais dos bebês diagnosticados, ora sob a perspectiva pragmática da linguagem, ora sob a da psicanálise lacaniana.

Apesar de seguirmos com Lacan, o motivo pela eleição da teoria austiana se dá pelo fato de o autor ser reconhecido no campo da linguística por suas contribuições teóricas pioneiras sobre o uso e função da linguagem pela via pragmática, distanciando-se da noção predominante da época em que se entendia a linguagem em sua função meramente comunicativa. Sua teoria sobre os atos de fala tem relevância por sustentar o fato de as palavras, emitidas em determinados contextos, mudarem e/ou produzirem diferentes realidades. Por outra via, temos Lacan que aborda temáticas semelhantes por outra perspectiva, apoiando-se na linguística de Saussure e Jakobson e subvertendo-a para a psicanálise.

A intersecção entre os trabalhos de Austin e Lacan envolve o reconhecimento da linguagem na construção e produção de novas realidades e subjetividades, ainda que por diferentes ângulos: mesmo que o filósofo esteja apoiado na ideia do signo e o psicanalista na do significante, ambos se distanciam da concepção da filosofia analítica da linguagem, em que as palavras apenas servem para descrever o mundo. A principal disjunção entre os autores e que os torna essencialmente distintos é a não consideração do inconsciente pelo filósofo britânico.

À vista disso, considerando que as palavras têm consequências e envolvem, também, ações que produzem e modificam vidas, é possível afirmar que um diagnóstico, como sendo

²⁵ A tradução do termo *nomination*, do francês, recebeu duas possibilidades em português, *nomeação* e *nominação*, para tratar do mesmo aporte teórico, sinaliza Castellani (2020), que opta por nomeação, visto que envolve o ato ou efeito de nomear e possui intrínseca relação com o nome. Em posição oposta, Guerra e Vorcaro (2018) optam por nominação, visto que acreditam não se tratar de uma simples escolha do tradutor e que a falta de precisão necessita de esclarecimentos, pois defendem que são operações diferentes de linguagem: "... o termo nomeação diz respeito a nomear qualquer objeto, pessoa ou ação como uma designação que o condensa, [já] a nominação implica numa significação que escapa ao sentido e delimita, pelo campo do vazio, o nome próprio. Trata-se de uma invenção não passível de tradução, sinônimo ou equivalência" (p. 12). Katz (2021b) distingue nomeação de nominação, indicando que a primeira envolve um trabalho descritivo e ligado ao significante e à significação; enquanto a nominação diz respeito à letra, e conecta, portanto, o dizer para além dos ditos, permitindo a produção de real a partir do simbólico. Vale ainda indicar que no *Índice de referências dos seminários de Jacques Lacan* de Henry Krutzen (2022), não há qualquer menção ao termo nominação, sendo todas as indicações referenciadas ao termo nomeação. Neste trabalho adotamos o termo nomeação.

uma palavra emitida dentro de um contexto e discurso, pode abarcar uma série de significações para os indivíduos, representá-los e participar de suas histórias de vida. Desse modo, o diagnóstico pode ser um significante, um nome para se autorreferenciar e estar imbricado à identidade de uma pessoa.

Seguindo neste percurso, introduziremos as noções de ato e de discurso pela perspectiva lacaniana, no qual a construção de narrativas se apresenta como processo de ressignificação e subjetivação das experiências. Tal construção tem o intuito de seguirmos para os três tempos do ato diagnóstico, como defendido por Castellani (2020): revelação, identificação e nomeação. Ainda que as pesquisas da autora tenham sido realizadas a partir de sua experiência com pacientes adultos que receberam um diagnóstico médico, utilizaremos tais construções para a sustentação do cenário dessa pesquisa: do diagnóstico referido aos bebês, mas recebidos pelos pais e as reverberações subsequentes nesses adultos.

Essa investigação permite derivar o assunto para a questão central: o que é possível de os cuidadores fazerem com as marcas de um diagnóstico médico sobre seus bebês? Explorar sobre o assunto nos leva a caminhos em que as marcas possam tomar outras formas e dimensões, servindo como sinal de distinção, subjetivado na história e geografia de cada um.

4.1 O que os atos diagnósticos produzem? As contribuições de Austin e Lacan

Para o linguista Paulo Ottoni (2002), o trabalho do filósofo britânico John Langshaw Austin surge em um momento histórico bastante preciso, em que as discussões sobre o campo da linguagem estavam aquecidas e sofrendo mudanças, por volta da metade do século XX. Tais discussões ganhavam notoriedade e se fortaleciam na vanguarda europeia e norte-americana: na Inglaterra, durante a década de 1940 e 1950, com Austin; no começo dos anos 50, nos Estados Unidos, com Noam Chomsky; e, no mesmo período, na França, com Emile Benveniste, Michel Foucault, Jacques Derrida e Jacques Lacan²⁶.

John Austin acabou se tornando um dos pensadores mais importantes desse processo e é o porta-voz de todo um processo histórico da filosofia contemporânea. Em seu campo de interesse estavam o uso e o funcionamento da linguagem, bem como questões sobre o sentido, o significado e a referência. Falecido aos 48 anos, em 1960, seu trabalho, que estava em construção, acabou sendo publicado e difundido, após a sua morte, em dois livros, que

²⁶ Segundo Ana Maria Rudge (1998), Lacan tomou conhecimento das contribuições de Austin por meio dos trabalhos do linguista Emile Benveniste, que se interessava pelos trabalhos do britânico e que participava, desde 1951, de grupos de estudos com Lacan, Levi-Strauss e Guilbaud.

compreendem uma série de conferências compiladas durante a década de 1950: “*How to do things with words*”, de 1962, traduzido por “*Quando dizer é fazer – palavras e ações*” em 1990; e “*Sense & Sensibility*”, de 1962, sem tradução para o português (Ottoni, 2002). Dessa forma, sem a pretensão de realizar um estudo aprofundado e longitudinal sobre linguística ou filosofia da linguagem, basear-nos-emos em sua primeira obra, pois nela constam conceitos importantes que sustentam a argumentação e teorização austiana relevantes para esta pesquisa, como os conceitos de atos de fala e de performativos.

A teoria dos atos de fala apresenta a linguagem a partir de uma concepção pragmática, isto é, concebe a linguagem como uma ação, com prática social concreta, em que os **signos** possuem força de criação, bem como produzem realidades e sujeitos – dizer é fazer (Austin, 1962/1990).

Gerbase (2015) sinaliza que a teoria austiana dos atos de fala introduziu um novo desenvolvimento nas ciências da linguagem e na filosofia, ao propor que tudo o que se diz pode executar uma ação, não somente falar de algo. “Produzir uma enunciação é executar uma ação. Como fazer coisas apenas com palavras?” (p. 80).

Dessa perspectiva, um enunciado realiza um ato, e, para Austin, a linguagem deve ser tratada como uma forma de ação e não de representação e descrição da realidade, no qual são as condições de uso da sentença (contexto, convenções sociais e intenções dos falantes) que determinam seu significado e seu funcionamento como um ato.

Austin dá ênfase ao aspecto intersubjetivo da linguagem, em que o exame das expressões considere, impreterivelmente, o “quando”, o “como”, o “por quê” e o “por quem”. Dessa forma, a linguagem não pode ser considerada como autônoma, abstrata e natural, pois é fundamental que seja tomada a partir de determinadas situações e contextos, evidencia Danilo Marcondes Souza Filho (1990), tradutor de “*How to do things with words*”.

Podemos afirmar, então, que quando analisamos a linguagem nossa finalidade não é apenas analisar a linguagem enquanto tal, mas investigar o contexto social e cultural no qual é usada, as práticas sociais, os paradigmas e valores, a “racionalidade”, enfim, desta comunidade, elementos estes dos quais a linguagem é indissociável. A linguagem é uma prática social concreta e como tal deve ser analisada. Não há mais uma separação radical entre “linguagem” e “mundo”, porque o que consideramos a “realidade” é constituído exatamente pela linguagem que adquirimos e empregamos. (Souza Filho, 1990, p. 10)

Ao indicar que a fala é um ato, Austin apresenta sua primeira formulação (que, posteriormente, será abandonada). Nela ele distingue dois tipos de enunciados possíveis na língua: os *performativos* e os *constativos*. Os proferimentos *constativos* são aqueles que, de alguma maneira, são declarações que têm a intenção de dizer a verdade ou falsidade, de constatar algo, como, por exemplo, “o livro está na mesa”. Em contrapartida, ao se emitir um

proferimento *performativo* está “se realizando uma ação, não sendo, conseqüentemente, considerado um mero equivalente a dizer algo” (Austin, 1962/1990, p. 25), tais como “prometo que...”, “aposto cem reais...”, “batizo essa criança...”, “aceito essa mulher como minha legítima esposa...”, “o senhor está contratado” etc.

Nos proferimentos *performativos*, o conceito de verdade é substituído pelo de eficácia do ato de fala, uma vez que são enunciados que realizam uma ação em determinado contexto social. Desse modo, a doutrina que os rege não é a do exame da veracidade, mas sim a da felicidade ou infelicidade do ato: quando o ato *performativo* não tem êxito, quando algo sai errado, pois as pessoas ou circunstâncias não foram adequadas para um ato bem-sucedido, correto e completo, Austin (1962/1990) diz que esses foram malogrados, infelizes, visto que levaram ao fracasso do ato (a promessa, a aposta, o batizado, o casamento, a contratação não aconteceram ou não foram concluídos, por exemplo).

O que determina o sucesso de um ato *performativo* são fatores contextuais e sociais, assim, é preciso que se cumpram alguns requisitos, como: o ator que enuncia o proferimento esteja no lugar adequado, seja investido de autoridade, e quem recebe o enunciado deve reconhecer o poder naquele que proferiu o enunciado (Austin, 1962/1990).

Austin estende a sua teoria de atos de fala e abandona a primeira distinção entre *constativo* e *performativo*, ao considerar que o primeiro também realiza uma ação, a ação de afirmar. Desse modo, ele propõe que todo proferimento seja considerado um ato de fala e passa a conceber os enunciados como compostos, simultaneamente, de três atos: ato *locucionário*, ato *ilocucionário* e ato *perlocucionário*.

Um ato *locucionário* envolve o ato de dizer algo, compete aos sons e fonemas pertencentes a um vocabulário de uma língua, formando um enunciado a partir de regras e convenções próprias da articulação entre a sintaxe e semântica. Um ato *ilocucionário* é aquele que realiza uma ação por meio de um enunciado, é a realização do ato na linguagem, e não simplesmente pela linguagem, no qual “tem uma certa força ao dizer algo” (Austin, 1962/1990, p. 103), quando signo e ato se unificam, como, por exemplo, “eu prometo...”. E, por último, um ato *perlocucionário* diz respeito aos atos que terão efeitos sobre os interlocutores, nos “sentimentos, pensamentos ou ação dos ouvintes” (Austin, 1962/1990, p. 89).

Apesar da reformulação da teoria, Austin ainda atribui ao contexto social fundamental relevância para a operação dos atos *ilocucionários*, seja para a representação de fatos no mundo, seja para fazer algo. E com a quebra da distinção entre *constativos* e *performativos*, a ideia de *performatividade* adquire, portanto, um estatuto único e Austin continua empregando-a para

denominar toda a fala humana (Ottoni, 2002).

Podemos localizar que os atos de fala começam desde antes o nascimento de uma criança, quando a primeira pergunta é: menino ou menina? Em uma cultura hétero cis normativa, a cor rosa é performativa de menina e a azul de menino. Nessa perspectiva, um bebê é inundado por palavras, mas ainda não sabe lidar com elas, não sabe seus significados; contudo, sofre seus efeitos. A palavra do Outro é ato; ato e dizer são intrínsecos. “Qualquer enunciado é performativo. A própria linguagem é performativa. Todo ato de fala é performativo. Tudo o que dizemos é performativo. Todo dizer é fazer” (Gerbase, 2015, p. 24).

Para Austin (1962/1990), quando alguém realiza um ato *ilocucionário*, como fazer uma promessa ou contratar um empregado, a ação não é apenas falar sobre a promessa ou sobre a contratação, mas a própria fala constitui a promessa e tem o poder de criar obrigações, morais ou sociais, ou mudar o estado de certas coisas no mundo por meio da promessa criada, bem como inserir uma pessoa no mercado de trabalho, atribuindo-lhe mais um lugar na esfera social, por exemplo. Isso demonstra como as palavras têm o poder de fazer algo acontecer no mundo, além de somente comunicar significados e ideias. Assim, a ideia de *performatividade* está relacionada, principalmente, aos atos *ilocucionários*, ao que se faz ao dizer.

Assim, considerando as diferentes formas de uso da linguagem, os diagnósticos médicos são casos particulares da força do **signo** na produção de realidades, apontam Brito e Caliman (2017). No que tange à produção de subjetividades, os diagnósticos produzem efeitos encontrados no interior da linguagem, seja de maneira formalizada, pelos manuais classificatórios, seja pelos ditos populares e do senso-comum sobre o assunto. A emissão de um enunciado que contém um ato diagnóstico corresponde a um performativo, pois evocará um novo enredamento, em diferentes esferas da vida, para aqueles que o recebem. Tal constatação leva os autores a concluírem que os diagnósticos possuem força de produzir realidades e sujeitos a partir das mesmas propriedades dos atos de fala concebidos por Austin, por meio de seus efeitos (imprevisíveis) de classificação.

Brito e Caliman (2017) são autores que se propõem a fazer uma análise crítica dos diagnósticos se baseando em Austin. Apesar de não serem psicanalistas, a considerações do diagnóstico como um ato performativo traz importantes elementos de um novo ângulo, introduzindo uma relativização sobre o que um diagnóstico irá imprimir em um indivíduo.

Ao realizarmos uma classificação diagnóstica, isso não é sem consequências seja para o sujeito seja para o próprio saber e prática diagnóstica. Em nosso mundo contemporâneo, os diagnósticos estão proliferando no campo médico e social, e os corpos não ficam imunes a esse processo. Como classificação, o diagnóstico – assim como o sujeito diagnosticado – também sofre alterações e é reinventado. (Brito & Caliman, 2017, p. 996)

Os autores ainda sinalizam que um diagnóstico não compreende uma mera “descrição de atributos encontrados no corpo do sujeito, como um decalque, como se a natureza oferecesse à linguagem uma verdade em forma de diagnóstico” (Brito e Caliman, 2017, p. 1004). Na verdade, os autores afirmam que o ato diagnóstico é uma potência que imprime um atributo aos corpos, provocando transformações corporais e sociais a partir da linguagem. É por meio de um ato diagnóstico que surge um paciente, por exemplo, que outrora era somente cidadão. Ou, um bebê que, após nascer, é encaminhado desde a maternidade para um tratamento, ao invés de ir para casa, ocupará um outro lugar na economia de cuidados daquela família.

Por ter sido considerado por Lacan, alguns psicanalistas se debruçaram sob os trabalhos de Austin de modo a fazerem uma análise comparativa. Gerbase (2015) aproxima Austin da psicanálise ao assinalar que o britânico reuniu linguagem e corpo, pois, ao mesmo tempo em que o ato de fala é proferido, o corpo o executa no mesmo instante. O sujeito de fala, fala com o corpo, assim como, o agir da fala é o agir do corpo. Na teoria austiana existe uma relação entre corpo e linguagem: “O efeito do ato de fala é operado ao mesmo tempo pelo que é dito, por quem diz e como é dito – como o corpo diz, como o enunciado diz” (p. 30).

Um diagnóstico opera criando corpos, posições sociais, discursos, enunciados, formas de cuidado e sofrimento, direitos e deveres, manejos burocráticos etc. ... Como ato de fala, como linguagem, o ato diagnóstico é uma força que pode transformar e ser transformada, impulsionada por uma de suas gêneses: o ato ilocucionário. (Brito & Caliman, 2017, p. 1004)

Por meio da união entre um ato *ilocucionário* e a concepção do que um diagnóstico compreende socialmente, o ato diagnóstico é o diagnóstico com força pragmática, que, por sua vez, provocará reverberações e consequências nos indivíduos (atos perlocucionários), embora não possam ser previamente determinadas.

Diferente do ato ilocucionário, em que o ato se realiza na linguagem, o perlocucionário se realiza a partir dela, com efeitos – e essa é a questão – não convencionais. Ou seja, os efeitos operados por meio da linguagem-ato não são estabelecidos *a priori*, ultrapassando os domínios da ação realizada ou mesmo as intenções. Afinal, é possível que determinadas práticas ou determinados ditos sejam postulados com determinadas intenções (conscientes ou não). No entanto, não há garantias de que elas sejam plenamente satisfeitas; por vezes, seu oposto se realiza. (Brito & Caliman, 2017, p. 1006)

Desse modo, ao falar dos atos de fala, os autores introduzem uma dimensão do diagnóstico que tinha sido tratada até aqui. *A relativização sobre os efeitos de um diagnóstico é um elemento central para esta pesquisa e serve como uma primeira constatação que nos encaminha para uma abordagem menos atroz dos diagnósticos em bebês.*

Ainda assim, Brito e Caliman (2017) indicam alguns dos efeitos possíveis (recolhidos *a posteriori*) que um ato diagnóstico pode ter como, por exemplo: a legitimação do sofrimento de uma pessoa; certa organização para a angústia; a criação de novas medicações e mercados; pode influenciar e incidir nas identidades, no modo como cada sujeito se percebe e, por vezes,

autorreferencia-se; possibilitar o acesso a direitos; a criação e transformação de identidades individuais, em entidades agrupadas e legitimadas, com reconhecimento político e social; além de alguns atos diagnósticos também comportarem efeitos de desculpabilização dos sujeitos, no que tange a seus comportamentos, ao aliviar o fardo moral e ético imbuído nas escolhas e responsabilidades individuais.

Na contemporaneidade, o discurso biomédico apresenta e descreve sua prática como sendo, supostamente, objetiva e neutra, ignorando influências históricas e culturais, o que resulta no obscurecimento e na marginalização do caráter performativo do diagnóstico. Para a racionalidade biomédica atual, diagnosticar implica identificar algo que ocorre em um organismo, prescindindo da narrativa e dos enunciados do sujeito afetado (Brito & Caliman, 2017), sem considerar que a criação ou a retirada de uma classificação diagnóstica, bem como o ato de diagnosticar uma pessoa com determinada patologia, corresponde a performativos capazes de inventar mundos, indissociáveis da maneira como a linguagem é utilizada pelos sujeitos.

Segundo Ottoni (2002), para Austin, todo enunciado carrega implicitamente um sujeito, um "eu" que o emite. No entanto, o "eu" não detém, por si só, o controle completo sobre o significado da mensagem. A significação emerge durante o ato da enunciação, em conjunto com a participação do interlocutor. Dessa forma, Austin argumenta que, em qualquer contexto de comunicação, não existe um controle absoluto do sujeito emissor sobre sua intenção, uma vez que essa se realiza em conjunto com o interlocutor. Isso significa que não há uma simetria perfeita entre o enunciado e a enunciação.

A enunciação é um processo subjetivo e não pode ser totalmente compreendida apenas a partir do enunciado em si. Ela depende do contexto em que as palavras são utilizadas, das circunstâncias que envolvem a comunicação e da relação entre o falante ou escritor e o ouvinte ou leitor. Essa falta de simetria exata entre enunciado e enunciação abre espaço para situações inesperadas, não intencionadas e inconscientes (Ottoni, 2002).

Isso nos leva à questão central desta pesquisa: o ato de um médico que profere um diagnóstico de patologia em um bebê para seus pais pode provocar imprevisíveis reverberações nos ouvintes, independentemente da intenção do enunciator.

Assim, a teorização de Austin pode trazer uma luz para nossa pesquisa. Cabe, porém uma ressalva: sendo a pesquisa orientada pela psicanálise, e em especial a lacaniana, é preciso destacar que a principal diferença entre Austin e Lacan envolve a concepção de inconsciente. Para Austin, o inconsciente é tomado em uma perspectiva adjetivada, daquilo que não é

consciente, do qual não se tem domínio ou conhecimento, que não se dá conta ou percebe. Essa visão não corresponde ao inconsciente lacaniano, o qual é considerado como estruturado pela ordem simbólica da linguagem (e seus processos inerentes), atravessado pela cultura e época. Essa ressalva limita o uso da noção de performatividade nesta pesquisa, embora Austin esclareça aspectos importantes para ela, como a ação presente em um enunciado e a evidência do poder do contexto social e das relações de autoridade que levam à eficácia de um ato de fala.

A perspectiva pragmática da linguagem defendida por Austin, em que os performativos são ações em um determinado contexto social, faz fronteira com a dimensão de linguagem apresentada por Lacan, sobre o discurso como produtora de laço social. Rudge (1998) afirma que a categoria de regra convencional, que indica o sucesso de um ato performativo em Austin, tem afinidade com o que Lacan estabelece sobre o discurso, considerando o compromisso e o pacto simbólico na fala, bem como o papel transformador que exerce sobre os envolvidos. “O papel de fiador que dá Lacan ao Outro, já que o pacto de fala invoca necessariamente a boa-fé, também aponta para esse aspecto convencional destacado por Austin” (Rudge, 1998, p. 175).

Mello (2011), entretanto, ao aproximar o filósofo das ideias lacanianas, evidencia um viés na teoria austiana, em virtude de seu pensamento sobre a linguagem ser derivado do signo linguístico: Austin supõe um contexto unívoco, ao tomar o social como um Outro completo, como um campo simbólico totalizante, em que as unidades de linguagem têm significado por si mesmas, em que as palavras têm um sentido próprio – o que difere radicalmente da noção lacaniana de simbólico.

Dunker, Paulon e Milan-Ramos (2016) salientam que a dimensão performativa do discurso aparece em Lacan na ideia de que a fala é um instrumento simbólico que nos coloca diante de um pacto com outro. Todavia, a noção de simbólico aqui é outra. Para Lacan, o simbólico é uma dimensão que compreende a linguagem e a fala, mas em razão de sua inconsistência primordial, existe aquilo que escapa à linguagem e à simbolização – o real.

Da perspectiva lacaniana, o ato performativo austiano não pode ser saturado, isto é, encerrado em seus meios e finalidades, pois a noção lacaniana de linguagem pressupõe que existe um sujeito dividido entre enunciado e enunciação, entre consciente e inconsciente, que está submetido a diversos processos de significação do ato, em virtude da maneira que cada **significante** irá se articular na cadeia de significantes (Dunker, Paulon, & Milan-Ramos, 2016). O que Austin está descrevendo em sua teoria é a linguagem dos signos, não dos significantes. Assim, contrariamente às ideias de Austin, pela psicanálise lacaniana, não se pode tomar as palavras como tendo um sentido que lhes é próprio, fora de uma referência a outros

significantes; é necessário que eles estejam encadeados em ao menos dois.

Rudge (1998) vai direto ao ponto: diferentemente da psicanálise, na teoria austiana o inconsciente não é levado em consideração; logo, não existe a possibilidade de haver um ato falho, ou mesmo manifestações contrárias à vontade e à decisão consciente. Mas o que a psicanálise sustenta, é que o *Eu* não é senhor nem mesmo em sua própria casa.

Desse modo, em uma leitura psicanalítica, o sujeito que fala não pode ser entendido como um sujeito da consciência, autônomo, em que sua vontade determina os atos de fala (Rudge, 1998). É preciso, portanto, que o sujeito do inconsciente seja primário nessa discussão. Caso contrário, não existiriam possibilidades de fazer algo (ativamente), a partir dos performativos ou dos significantes advindos do campo do Outro, o que nos colocaria reféns da linguagem. Tal constatação é de suma relevância para se pensar que os cuidadores de bebês diagnosticados não necessariamente precisam ocupar um lugar de assujeitamento ao discurso médico, tampouco de total submetimento ao que um diagnóstico médico vem nomear.

Nessa vertente, é indubitável o fato de um ato diagnóstico provocar algo em quem recebe tal proferimento, principalmente por estar enredado em uma discursividade. Isso não quer dizer que a significação esteja encerrada ali e que seja estanque, não passível de deslocamentos e efeitos metonímicos. Há de se considerar, portanto, o caráter de indeterminação que compõe um ato, em virtude da indeterminação de seus efeitos (Lacan, 1967-1968/2001b) e a possibilidade de subjetivação das experiências, por meio da construção de narrativas, como veremos a seguir.

4.1.1 A teoria do ato e a indeterminação

Após discorrer sobre a noção de ato pela pragmática da linguagem austiana, iremos introduzir o que Lacan formulou acerca da teoria do ato e sobre a teoria dos discursos em seu ensino. Duas teorias que são apresentadas em sequência em seus seminários, mas que não são continuidade ou desdobramento uma da outra (Adami, Kessler, & Dunker, 2021). O seminário 15, “O ato analítico”, foi proferido durante os anos de 1967 e 1968 e interrompido em virtude dos acontecimentos de maio de 1968, na França. Nos anos seguintes, Lacan proferiu os seminários 16, 17, 18, 19, que compreendem a formalização da teoria dos discursos, em especial o 17, “O avesso da psicanálise”.

Ato e discurso são categorias importantes para a psicanálise lacaniana; portanto, cabe ressaltar suas relações, a fim de derivarmos o assunto sobre os atos diagnósticos em bebês que produzirão efeitos (indeterminados) nos pais, uma vez que estão imbricados em uma

discursividade.

De partida, contrariamente ao que Austin estabelecia sobre “fazer é dizer e dizer é fazer”, Lacan distingue ato de ação, ao situar que o ato não corresponde à motricidade, tampouco ao processo de uma ação corriqueira ou de um estímulo-resposta. O ato envolve, pois, algo que faz alguma coisa, em que, posteriormente, há uma transformação daquilo que outrora era. Ao provocar a dimensão do novo, o ato é uma força transformativa, em que o sujeito irá rearranjar sua cadeia associativa, a partir da ruptura estabelecida. Um ato não necessariamente é uma ação, mas uma ação pode ter estatuto de ato se dela derivar uma abertura frente ao que estava instituído (Lacan, 1967-1968/2001b).

Lacan não faz uso da expressão “ato de fala”, como Austin; contudo, um ato pode ser, também, um proferimento, um ato de linguagem, que inevitavelmente mudará as coordenadas simbólicas para determinado sujeito. O ato provoca uma suspensão da ordem do significante ao fazer uma ruptura e inaugurar uma nova cadeia significante. A escansão da linguagem acarretada pelo corte, por exemplo, acaba acentuando os intervalos existentes no campo simbólico, evidenciando a dimensão da **indeterminação** diante de qualquer movimento que será produzido a partir daí, estabelecem Adami, Kessler e Dunker (2021).

Adami (2020) aponta que existem muitas maneiras de ilustrar o quanto a concepção de indeterminação atravessa os conceitos e sustenta a racionalidade psicanalítica, a começar pela própria noção de inconsciente para Freud, o *unheimlich* e o objeto *a* para Lacan, por exemplo.

No decorrer de uma análise depreendemos alguns exemplos de ato. Além do corte, podemos verificar a transferência, em que há “a colocação em ato do inconsciente” (Lacan, 1967-1968/2001b, p. 11); a entrada em análise, a partir da transferência, como um ato, no qual a suposição de saber permite a busca da interrupção da repetição e a invenção de uma nova posição subjetiva; o ato de nomear-se psicanalista, de se instalar enquanto tal; uma interpretação; um gesto; o silêncio...

O ato analítico pressupõe, portanto, uma condição de **indeterminação** face a fenda que provoca na cadeia de significantes e está intrinsecamente vinculado à noção de temporalidade (Adami, Kessler, & Dunker, 2021). Lacan (1967-1968/2001b) situa que “o ato é ligado à determinação do começo e, muito especialmente, ali onde há a necessidade de fazer um [começo], precisamente porque não existe” (p. 78). Nesse sentido, ao provocar uma ruptura, também provoca uma inauguração (de início indeterminada), ao traçar uma divisória entre um “antes” e um “depois”. Somente poderemos ter notícias dessa cisão no segundo momento, no *só-depois*, a partir dos efeitos que irão advir.

Assim, o ato analítico provoca uma experiência de descentramento subjetivo, contendo, portanto, uma potencialidade de ressituar e alinhar o sujeito em sua condição desejante, que, porventura, poderia padecer de uma cristalização narrativa (Adami, Kessler, & Dunker, 2021). Diante disso estabelecemos duas considerações: 1) face à indeterminação sobre o que o bebê padece, um ato diagnóstico pode ressituar os pais e provocar certo enlace entre eles, ao nomear o que outrora não era nomeado; 2) diante do ato de fala que engendra a revelação do diagnóstico pelo médico, é importante que nós, psicanalistas, possamos buscar produzir, a partir desse, um ato analítico, a fim de provocar uma ruptura no eventual adesivamento e colagem (imaginários?) que os adultos cuidadores possam estabelecer entre seus filhos e os diagnósticos recebidos. É a partir das rupturas e deslocamentos, proveniente dos atos, que algo novo poderá ser produzido.

As considerações referidas envolvem a mudança de discursividade que miramos em uma direção de tratamento: o alvo é a possibilidade de que os pais se desloquem do discurso médico em direção a uma “narrativização” de suas experiências, ressignificando e se apropriando, de maneira singular, daquilo que é generalista e possui um sentido encerrado em si, isto é, os diagnósticos. “O ato tal qual formulou Lacan, no nosso entender, é a experiência produtiva de indeterminação por excelência que resguarda para si toda a potência transformadora de ressignificação das experiências da vida” (Adami, 2020, p. 66).

É aqui que nos inspiramos para trazer para esta pesquisa a ideia de que o que se busca é a indeterminação que sucede a um ato; portanto, frente à questão dos diagnósticos em bebês.

4.1.2 Os discursos em Lacan

Desde o início da produção de Lacan, há uma relação intrínseca entre ato e discurso: “por um lado o discurso é a colocação em ato de uma subjetividade, ao mesmo tempo o ato pode marcar a passagem de um discurso a outro, a passagem a outra posição do sujeito” (Torres, 2013, p. 22), permitindo que as experiências sejam deslocadas de um sentido único.

Já que os diagnósticos se engendram em uma discursividade específica, a do campo médico, podemos situar que um ato diagnóstico tem efeito na subjetividade de alguém em virtude dos elementos que compõem este discurso. Portanto, se um ato de fala é oriundo de um discurso, logo um ato diagnóstico é elemento de um discurso médico, sendo esse muito próximo ao discurso do Mestre (Clavreul, 1983).

O que significa dizer que um ato diagnóstico participa do discurso do Mestre? Para esclarecer o que diz Clavreul, podemos situar melhor o que engendra o discurso do mestre e

apresentá-lo no conjunto maior dos discursos em Lacan.

Um pequeno panorama dessa teorização nos mostra, em primeiro lugar, uma forma de entender a noção de discurso. Ali se lê que o discurso é uma estrutura forjada no funcionamento da linguagem, que ultrapassa a palavra, na qual subsistem certas relações fundamentais entre seus elementos, o que, por consequência, estabelece formas de relações e laços sociais (Lacan, 1969-1970/1992). São quatro elementos que constituem a estrutura de todo discurso para Lacan: S_1 – significante mestre; S_2 – saber (cadeia dos significantes que compreende os S_2, S_3, S_4 etc., mas é abreviada por S_2); a – objeto a ; e $\$$ – sujeito dividido. Tais elementos podem ocupar quatro lugares: o agente, o outro, a verdade e a produção. Esses lugares dizem respeito a duas questões que um discurso comporta, segundo Jorge (1983):

1. Em nome de que esse discurso, questão que pode ser subdivida em duas: a) o que organiza esse discurso, o que desempenha o papel de *agente*; b) o que organiza mais fundamentalmente, qual é a sua *verdade*?
2. Em vista de que esse discurso, ou seja: a) qual é o *outro* ao qual esse discurso se dirige; b) qual é o *produto* que tal discurso comporta? (p. 10).

Figura 1 - Os quatro lugares da teoria dos discursos

$$\begin{array}{cc} \frac{\text{agente}}{\text{verdade}} & \frac{\text{outro}}{\text{produção}} \end{array}$$

Fonte: Lacan (1992/1969-70, p. 179); Jorge (1983, p. 10).

É por meio da rotação dos elementos nos quatro lugares que irá se configurar a estrutura de cada discurso: do Mestre, do Universitário, da Histórica e do Analista. Cada um deles é um modelo e uma modalidade de enlace entre os envolvidos, isto é, de laço social. Analisemo-os a seguir sob a lente da lógica médica.

Figura 2 - Os quatro tipos de discurso

<p>Discurso do Mestre</p> $\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$	<p>Discurso do Universitário</p> $\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$
<p>Discurso da Histórica</p> $\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$	<p>Discurso do Analista</p> $\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$

Fonte: Lacan (1992/1969-70, p. 29)

O discurso do mestre é o que irá transformar um signo (indícios e sinais observados no exame clínico ou de imagem) em significante (cefaleia, por exemplo), pareando-o a outros significantes (febre, perda de olfato e paladar, tosse...), para que emerja uma significação (a constatação e enquadre de uma doença: diagnóstico). Assim, **“a etapa do diagnóstico é um ato de mestria [grifo nosso]”** (Clavreul, 1983, p. 169).

Clavreul (1983) assinala que existe uma interdependência entre os discursos; dessa forma, nenhum poderia se manter sem a existência do outro. Todavia, é preciso dar destaque ao discurso no mestre, por ser aquele que dá primazia ao significante, sendo o que mais se aproxima do discurso médico. Essa aproximação, situa Jorge (1983), reside na consideração de que os “discursos da teoria lacaniana constituem uma espécie de polo de atração para o qual convergem, num movimento de balança constante, todos os discursos existentes. Ou seja, nenhum discurso existente pode ser identificado *estritamente* a um desses quatro discursos” (p. 10).

A constituição do significante mestre (S_1) – o diagnóstico –, é o que especifica a proximidade do discurso do mestre e que irá implicar a referência ao saber que será deduzido (S_2) – o prognóstico –, no qual o produto desse discurso é a doença (Clavreul, 1983). A audácia desse ato de mestria é viabilizada porque outros representantes desse discurso já realizaram com êxito atos semelhantes anteriormente, os quais foram sustentados por um saber médico previamente constituído.

Nesse sentido, um diagnóstico que vem constatar algo sobre um bebê, além de estar sustentado e retroalimentar o saber médico, também incorre em um ato de mestria para os pais, primeiros destinatários dessa revelação. Ocorre que esse ato irá traçar uma marca divisória naqueles que o recebem, efeito comumente localizável em frases como "o meu mundo caiu", "abriu um buraco no chão", "levei um susto", "foi um choque". Há famílias que ficam retiradas nesse momento, outras que são capazes de ir adiante.

O discurso universitário, por sua vez, é um prolongamento do discurso do mestre, uma vez que privilegia a cadeia de significantes (S_2), isto é, o saber. É com ele que se lida na universidade e que tem a função de transmitir o saber, compreendido por meio das informações compiladas e acumuladas durante a história. O saber médico, como conteúdo constituído e sustentado pela ciência, é o responsável por indicar a terapêutica, sob a forma de medicações e procedimentos, por exemplo (Clavreul, 1983).

No essencial, ele [o discurso médico] é **discurso do mestre, no estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico** [grifo nosso], na pesquisa, na sua constante posição de conquista em relação ao desconhecido da doença. Ele é também discurso universitário, quando, a partir do saber constituído da medicina, oferece a terapêutica como um benefício que restitui ao doente. Isto

constitui no essencial o discurso médico propriamente dito, o qual oscila continuamente de um a outro, do discurso do mestre ao discurso universitário. (Clavreul, 1983, p. 175)

Já o discurso histérico, é aquele que coloca a divisão do sujeito em primeiro lugar, é o que vai indagar o mestre, com intuito que seja produzido, assim, um saber ainda não sabido sobre o padecimento, o mal-estar e os sintomas, já que estes não remetem ao discurso médico, mas sim ao próprio conflito do sujeito (Clavreul, 1983). O discurso histérico coloca o saber médico em um impasse, já que os sintomas históricos não podem ser inscritos no discurso médico, pois revelam o que há de mais subjetivo e particular em cada um (Moretto, 2019a).

Foi por meio do movimento de Freud em escutar as pacientes históricas e privilegiar o sujeito em suas particularidades que ele promoveu uma ruptura com relação ao discurso médico, pois para realizar o ato médico (diagnóstico, prognóstico e terapêutica), o médico precisa transformar os significantes do paciente em sinais médicos observáveis (Moretto, 2019a). Ao excluir a subjetividade do doente, como vimos no capítulo anterior, é que o discurso médico pode se sustentar.

Por fim, o discurso do analista se apresenta radicalmente no avesso do discurso do mestre, por colocar em primeiro lugar o objeto *a* (causa de desejo), situando sua relação com o sujeito (\$), promovendo a fala do paciente e a produção, por consequência, de um significante mestre (S_1) na relação com a própria divisão do sujeito (Clavreul, 1983). Em outras palavras, ao deixar de lado o saber sobre o discurso médico, o discurso analítico vai promover a restituição da subjetividade do doente, interessando-se pelo que o paciente tem a dizer, apontando para que ele produza uma significação própria quanto ao que o aflige.

Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016) situam que os discursos formulados por Lacan “são modos de estruturação do laço social que apontam para formas discursivas específicas a partir do posicionamento de letras que agem como operadores de significação e encerramento do sentido” (p. 147). A partir da relação entre espaço, lugar e posição desses elementos é que podemos observar as mudanças discursivas e de diferentes tipos de relação entre saber e verdade.

O fato de a etapa diagnóstica corresponder a um ato de mestria tem consequências importantes para essa pesquisa, uma vez que corrobora com o que apresentamos pela perspectiva da Sociologia do Diagnóstico e pela pragmática austriaca: a força interpretativa de um diagnóstico pode provocar uma alienação ao significante proferido, em virtude de estar situado no discurso do mestre. É por meio desse processo que muitas famílias podem ficar aderidas ao nome do diagnóstico e fazer uma equivalência deste com seus filhos.

A teoria dos discursos apresentada evidencia o início e o final da organização de um

discurso, faltando justamente o processo que leva de um discurso ao outro: É aqui que se faz necessária a noção de narrativa, complementa Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016).

4.1.3 A noção de narrativa

Moretto (2019b) considera o adoecimento como um acontecimento não previsto na vida de uma pessoa, um marco, no sentido de produzir um corte no percurso de vida, em que promove um antes e um depois. Por ser um evento disruptivo, requer um intenso esforço psíquico por parte do paciente para que esse acontecimento seja “acomodado” em sua vida psíquica e transformado em experiência singular.

O modo pelo qual cada um vai lidar com o acontecimento não está apenas associado à natureza do acontecimento em si, mas às condições subjetivas dessa pessoa, na relação com o acontecimento. É na relação com o analista que o paciente vai poder tratar de sua doença como acontecimento de um corpo que é o dele e que, portanto, só por ele pode ser falado. (Moretto, 2019b, p. 58)

A autora aponta para a necessidade de o doente dizer de sua doença, contudo, destacamos que, nessa pesquisa aquele que possui uma patologia ainda não é capaz de dizer de si, devido a uma insuficiência do aparato biológico desses pequenos humanos, que estão em desenvolvimento e maturação e à inserção no mundo das palavras e da subjetivação estar em curso.

Portanto, a direção de tratamento possível no serviço de intervenção precoce era a de convocar os pais para que narrassem o que achavam ou supunham da doença de seus filhos, concepção importada de Moretto (2019b), que discorre sobre a passagem do acontecimento (dimensão dos fatos) para a experiência (dimensão subjetiva dos fatos), em casos de pacientes já falantes. Para que isso aconteça, Moretto (2019b) indica ser essencial um encontro com um interlocutor que dê condições de tratar do sofrimento psíquico, o que não equivale tratar da doença de uma pessoa. Esse interlocutor é um psicanalista.

Por meio de seu método clínico e posição discursiva, a clínica psicanalítica pode contribuir para a passagem do acontecimento para a experiência, desde que haja operações de reconhecimento do sofrimento e da construção de uma narrativa singular daquele que sofre. Isto é, mediante tais processos, a psicanálise eleva a condição do acontecimento, passível de uma descrição, para o estatuto de uma experiência, produto de um saber singular daquele que narra a sua história.

Quer dizer que essa passagem, essa operação de construção da experiência, a qual se faz por meio da construção de uma narrativa, não se faz por si só. Ela se dá por meio da relação com um interlocutor qualificado que favoreça e testemunhe, necessariamente, essa passagem. Este interlocutor é o psicanalista. É nesse sentido que pode-se dizer que falar para um psicanalista não é

o mesmo que descrever um acontecimento. Falar para um psicanalista é contar-se. (Moretto, 2019b, p. 59)

A narrativa é uma maneira de construção que envolve relacionar elementos e fragmentos para a construção de uma unidade, ao passo que, também, ressignifica a relação entre esses elementos. Assim, "toda construção narrativa seria associada a um movimento do sujeito, a uma mudança que poderia apontar para posicionamentos estruturais e discursivos" (Dunker, Paulon, & Milan-Ramos, 2016, p. 151).

Paulon (2018) complementa situando que a experiência narrativa da linguagem em psicanálise evidencia o movimento de articulação entre discurso e história de vida de cada um:

É deste modo que a linguagem assume caráter curativo em psicanálise. Ela, pelos seus efeitos narrativos, vivifica e temporaliza as condições de sofrimento que, atravessadas pela transferência, podem ser ressignificadas e, assim, reinseridas na história do analisante e nas suas relações discursivas (p. 17).

Nesse sentido, podemos pensar a construção de narrativas por dois vieses: seja pela perspectiva da própria psicanálise sobre os diagnósticos na primeira infância, como veremos no próximo capítulo, seja por produções singulares dos pais acerca dos diagnósticos de seus filhos. É nesse segundo ponto que sustentamos a possibilidade de subjetivação do diagnóstico por meio de uma "narrativização" singular dos eventos e afetos, devidamente reconhecidos e nomeados, distanciando-se do sentido cristalizado de discursos determinativos.

Nesse caminho para a subjetivação do acontecimento, diante de um sofrimento inédito, (sendo considerado "iné-dito" aquilo que nunca foi dito), frequentemente, podem faltar palavras para que o adoecido possa se dizer (Moretto, 2019b) ou, mais especificamente no que tange a essa pesquisa, quando os pais de bebês se veem diante de uma situação de adoecimento ou de atraso no desenvolvimento de seus filhos, não sabendo, de fato, o que se passa com os pequenos, comumente, podem nada dizer.

Sem palavras para se referirem ao que acontece com seus filhos, os pais podem não encontrar significantes, de imediato, para circunscrever o Real, o sentimento de indeterminação de sentido, a experiência de angústia e estranhamento, "típica de quem se encontra num intervalo de vida esvaziado de saber e de sentido (Lacan, 1962-1963/2005, citado por Moretto, 2019b, p. 59). É aqui que o psicanalista deve atuar.

Ao emanciparmos a narrativa de seu caráter de encerramento do sentido, podemos associar seu funcionamento a uma lógica de significação pautada no significante: isso possibilitaria uma polissemia interpretativa na construção do sentido, dando abertura a uma estruturação narrativa na qual a linguagem não seja banhada por uma intencionalidade do sujeito-narrador sobre sua construção. Há, portanto, uma importante modificação na forma como nos apropriamos da noção de narrativa: ao estruturar a ação pela via do significante, ampliamos as formas de interpretação sobre ela e posicionamos a escuta analítica em um constante processo de determinação-indeterminação. (Dunker, Paulon, & Milán-Ramos, 2016, p. 153)

Para Paulon (2018), o sentido estrutura o discurso e é por meio da narrativa que é possível entrever os movimentos (inconscientes, portanto, indeterminados) de sua transformação. Um exemplo disso é o discurso médico, em que há a necessidade lógica de universalização do sentido, como na semiologia, replicabilidade de método, diagnóstico etc. A autora afirma que somente pela narrativa é possível analisar alterações na significação: “compreendemos, portanto, que a narrativa enquanto estrutura intermediária, a partir do discurso ao qual está associada, muda suas possibilidades de significação; essas mudanças se relacionam, por sua vez, à noção de “temporalidade” e ao processo de significação” (p. 23).

Os diagnósticos, por estarem inscritos em uma discursividade médica, comportam em si uma certa narratividade própria, compreendendo uma gama de determinações, conteúdos sociais, prognósticos, considerações estatísticas e predição numérica dos dados baseada em evidências. Na contramão disso, o discurso que sustenta a psicanálise engloba o contingente, e portanto, nesse campo, as relações de causalidade devem ser pensadas como parcialmente indeterminadas, esclarece Paulon (2018), pelo viés indeterminado que constitui a própria dimensão do inconsciente.

Sustentar a narrativa de que um diagnóstico em bebês provocará, invariavelmente, efeitos iatrogênicos, como apresentaremos no capítulo a seguir, significa compactuar com uma lógica discursiva determinativa baseada nos paradigmas científicos tradicionais (como o da medicina). Ao invés disso, acreditamos na possibilidade de sustentar uma narrativa em que o diagnóstico tem efeitos indeterminados, uma vez que, pela psicanálise, o sentido somente é dado por meio das experiências atravessadas pelas relações contingências da vida - é aqui, por sua vez, que mecanismos de causalidade podem ser transformados, salienta Paulon (2018).

Da emissão de um enunciado feita por um médico (figura de autoridade) que contém um ato diagnóstico correspondente a um performativo, inscrito em certa discursividade determinativa (a médica), sem dúvida seus efeitos irão evocar um novo enredamento subjetivo para aqueles que o recebem - é aquilo que Austin propõe à respeito da força do diagnóstico como um ato de fala. Entretanto, partir dessa premissa como uma possibilidade encerrada de sentido pode retirar dos pais suas chances de narrarem suas experiências e encontrarem outras significações para o que acomete seus filhos.

A noção de narrativa traz um elemento novo e central para esta pesquisa: É por meio dela que existem possibilidades de novas significações, pelos cuidadores, a respeito do diagnóstico de seus filhos, das implicações envolvidas a partir dessa revelação, bem como dos destinos possíveis nesse processo. Além disso, também viabiliza e fundamenta a ideia de que o

campo psicanalítico pode construir narrativas menos determinativas quanto aos diagnósticos na primeira infância.

4.2 Três tempos do ato diagnóstico: Revelação, identificação e nomeação

Um diagnóstico médico é um evento que pode marcar uma ruptura na vida de uma pessoa, a depender de alguns fatores, como, por exemplo, o prognóstico, as expectativas de cura e reversibilidade do quadro, risco de óbito, significação feita da doença, entre outros, e que, diante de uma série de vivências anteriores, recebe um lugar próprio de alojamento na história de cada um. Uma história repleta de significantes encadeados previamente em uma cadeia de representações, não somente de diagnósticos de doenças, mas também de outros nomes recebidos ao longo da vida, acompanhados de alguma significação inconsciente.

Assim, o diagnóstico médico não é o primeiro evento do tipo, pois os sujeitos já foram ao encontro de muitos outros discursos diagnósticos em outras esferas da vida, fornecendo diferentes nomes e significantes que os atravessaram e os representaram previamente, aponta Castellani (2020). Mesmo para os bebês, que, ao nascerem, embarcam em uma história já em curso, acompanhada de inúmeras ideias, ideais, sonhos e palavras prévios de seus cuidadores a respeito do que envolve ter um filho.

Considerando o que está em jogo nesse processo, é imprescindível que haja cuidado, uma vez que as patologias não se restringem somente ao conhecimento das complexidades de um organismo, envolvem também o corpo e a vida de uma pessoa e, associado a isso, tem-se o fato de um diagnóstico não corresponder somente à mera informação de um dado. Desse modo, a partir de suas pesquisas com pacientes com HIV, Castellani (2020), sustentada pela psicanálise lacaniana, propõe que o ato diagnóstico médico possa ser dividido, para fins didáticos, em três tempos, mas atrelados logicamente em: *revelação, identificação e nomeação*.

Castellani (2014, 2020) aponta que o uso do termo *revelação*, ao invés de anúncio ou comunicação, envolve, pois, sua aceção de desvelamento do que está guardado, de um atributo, outrora desconhecido e sem nomeação prévia. Ao considerar que a problemática do diagnóstico ultrapassa o anúncio de uma notícia, o termo comunicação não corresponderia ao que a temática carece, visto que esse envolve um sentido mais explicativo, informativo e de instrução de uma condição de saúde.

Desse modo, o ato de revelação diz respeito ao primeiro tempo subjetivo em que um significante novo é ofertado ao paciente, “... representando o momento em que um inédito e desconhecido nome vem à tona, pela fala de um profissional da saúde, ou pela escrita de um

exame médico” (Castellani, 2020, p. 128).

Não sabemos de antemão, pois, quais encadeamentos esse significante novo, advindo do Outro, produzirá em quem o recebe. É a partir do efeito de sentido que os elementos de um discurso (palavras, gestos, som, silêncio) podem assumir o valor de significantes, do mesmo modo em que, por seu contexto e articulação, a cadeia de significantes produz o sentido e permite que a significação possa surgir. “... a palavra, nome da doença, tem efeito significante para o sujeito, e que só fará sentido se estiver atrelada a outros significantes da cadeia, construindo-se, então, um efeito de significação particular” (Castellani, 2020, p. 129). É por meio do jogo combinatório entre os significantes que se produzem possibilidades existenciais (fala, música, poesia, sintomas, chistes, entre outros); assim, a linguagem não tem mera função representacional dos signos, mas sim a de ser criadora de sentidos. Segundo Lacan (1953/1998a), “é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas” (p. 277).

À vista disso, embora seja crucial cuidar do modo como a revelação é feita, não é possível antever as repercussões que virão e o alcance subjetivo das palavras advindas do campo do Outro, já que os atravessamentos dependem, também, das lentes subjetivas de cada um dos envolvidos. Assim, por mais bem intencionada que seja a ação médica, a revelação tem chances de ser interpretada como uma violência psíquica pelo paciente, difícil de ser suportada e vivenciada. “Isso nos sinaliza que o ato da revelação diagnóstica uniformiza os indivíduos sob um mesmo nome, é revelado o sentido completo do que estava perdido em meio aos sintomas, às dores, aos incômodos orgânicos da doença, antes da descoberta da doença” (Castellani, 2020, p. 133).

Assim, a imprevisibilidade é marca desse momento, no qual “cada revelação será singular e partirá de como os sujeitos se posicionarão diante dela, tanto o sujeito médico, quanto o sujeito paciente, com seus percursos e histórias singulares” (Castellani, 2020, p. 147). O que a revelação de um diagnóstico médico sobre um bebê poderá provocar nos pais²⁷ e quais sentidos eles poderão atribuir a esse evento terão repercussão em trabalhos psíquicos posteriores, sem possibilidade de previsão, mas que, impreterivelmente, necessitam de acompanhamento durante esse percurso.

Vale ressaltar que existe uma diferença importante entre os pacientes que descobrem uma doença de maneira repentina, em uma consulta de rotina ou por um mal-estar súbito que requer hospitalização, e aqueles que se encontram no processo de investigação de uma doença,

²⁷ No capítulo a seguir, trataremos uma explanação sobre três balizadores clínicos importantes para a clínica psicanalítica, a citar, a angústia, o luto e o sofrimento, que foram articulados à parentalidade e ao diagnóstico de bebês.

a qual necessita de alguns procedimentos, como exames de sangue ou de imagem e avaliação de especialistas, por exemplo (Castellani, 2020).

Na segunda situação, a dimensão do tempo cronológico é presente, pois engloba o tempo de desvelar o obscuro, a partir de investigações, hipóteses, novos pedidos de exames e avaliações, confirmações e negações de um percurso diagnóstico. Tal processo de contato com as possibilidades diagnósticas, antes do ato conclusivo de um diagnóstico final, frequentemente tem uma duração indefinida, podendo levar semanas ou meses, o que pode provocar inseguranças e instabilidade emocional, que corroboram com o impacto psíquico do diagnóstico final (Castellani, 2020).

Esse processo de investigação diagnóstica, que regularmente traz notícias parceladas, inconclusivas e/ou não totalmente definidas, é bastante constante na clínica com bebês, em virtude da própria temporalidade que marca essa fase da vida. Principalmente quando as possibilidades para a realização de exames que contribuirão para a conclusão diagnóstica são escassas, ou, ainda, das dificuldades em circunscrever, naqueles primeiros meses de vida do bebê, quais atrasos no desenvolvimento poderão surgir e quais competências poderão ficar deficitárias, como nos casos de encefalopatias, prematuridade extrema e de determinadas síndromes.

Depois do instante de revelação do diagnóstico, a segunda etapa lógica desse processo, para Castellani (2020), é a *identificação*, momento em que, após o recebimento de um nome, ele passa a ser do sujeito, que deverá se haver com isso a partir de seus recursos psíquicos, e irá compor com uma série de outros nomes anteriores. O diagnóstico passará a fazer parte de quem aquele indivíduo é, servindo de lembrança de suas possibilidades e limitações, ao passo que se torna um elemento imbricado em sua identidade²⁸. Ao mesmo tempo provocará a “revivência de diagnósticos anteriores, mal resolvidos, inclusive de autodiagnósticos que o sujeito cria para si mesmo, frutos de uma ampla gama de identificações” (Castellani, 2020, p. 147).

Os diversos nomes e atributos que representam um sujeito compõem o processo de identificação. Entretanto, esses nomes advindos do Outro tentarão representar o sujeito, ainda que parcialmente, já que se encarregam de referenciar alguns traços, enquanto outros ficam de fora, evidenciando, assim, a falta constitutiva que impossibilita uma apreensão simbólica

²⁸ Não adentraremos na discussão sobre a relação entre identificação e identidade, uma vez que tais processos são constituintes e somente darão notícias no futuro, no só-depois, para aqueles que são diagnosticados hoje, os bebês. Contudo, ainda que os pais não sejam diagnosticados, o nome-diagnóstico também os atravessará, provocando remanejamentos em seus processos identitários, sem que saibamos como e o que irá acontecer. Tais pontos merecem ser reservados para discussões futuras. Não sabemos se irão se tornar um significante para o sujeito.

total. Portanto, não há quaisquer significantes que façam corresponder, integralmente, um sujeito com sua identidade (Castellani, 2020).

Um processo identificatório se inicia, causa uma abertura no psiquismo, tendo uma origem, um traço 1, que posteriormente formulará toda uma cadeia de identificações. O diagnóstico médico não é o traço 1 da constituição subjetiva, mas representará uma das identificações posteriores, referente aos pontos de amarra da cadeia singular de cada sujeito. (Castellani, 2020. p. 148)

Um significante não equivale a nenhum significado exclusivo e, sozinho, não tem sentido. Ele somente pode ter uma representação a partir de seu encadeamento com outros significantes, costurados pelas pontuações (que é o que regula o sentido). A depender de sua empregabilidade, a pontuação pode mudar, transformar ou transtornar o sentido (Lacan, 1953/1998a). Desse modo, o diagnóstico só irá representar o sujeito para outro significante que advier nessa articulação, sendo essa corrente passível de movimentos, cortes, costuras e pontos.

Em consonância com as ideias da Sociologia do Diagnóstico²⁹, o nome-diagnóstico proporciona que aquele indivíduo seja inserido no registro da saúde e em uma discursividade própria, que compreende o conhecimento científico. A depender do diagnóstico, o indivíduo recebe um outro lugar para a medicina e para determinada especialidade, possibilitando o acesso a serviços, medicamentos e terapêuticas próprias ao quadro. Castellani (2020) sinaliza que é o diagnóstico que provoca o nascimento de um novo paciente, servindo, assim, de apoio para as possíveis identificações e explicações para o que o acomete, bem como sendo o elemento usado para representá-lo e proporcionar a ele um lugar no campo social, por vezes, coletivamente.

No entanto, esse nome, ao mesmo tempo que marca a igualdade, porta o rastro da diferença, diferença original e autêntica, levando em conta o que tem de próprio em cada sujeito, como cada um é tocado pela nova experiência de adoecimento. No cenário do recebimento do diagnóstico, **o desafio passa a ser, então, o sujeito se representar pelo diagnóstico, nomeando-se sem se fazer um com o nome, sem que sua identidade seja resumida a ele, abrindo espaço para algo da ordem do único, do próprio de cada sujeito**, [grifo nosso] mantendo reconhecido o seu saber inconsciente em cena. (Castellani, 2020, p. 161)

Esse parece o ponto principal que merece destaque e esclarecimentos quanto ao processo de identificação. A autora pauta sua construção fazendo uso do conceito psicanalítico de identificação como um processo a ser construído e reconstruído, diante de um diagnóstico, quando um sujeito já está instaurado. Em nosso trabalho, os diagnosticados ainda não têm condições psíquicas para esse trabalho; entretanto, tal tarefa compete a seus cuidadores, que estão diante de um desafio semelhante: subjetivar seus filhos-bebês, fazendo uso do diagnóstico como mais um significante representativo, sem, no entanto, “adesivá-lo”, exclusivamente, como ponto de referência ou ancoragem para dizerem quem é o bebê ou justificarem suas expressões e interesses. Ao mesmo tempo, deve-se reservar espaço para novas manifestações

²⁹ Discussão apresentada no capítulo 3.2.1 - O diagnóstico na perspectiva sociológica.

subjetivas, nomeadas e encadeadas com outros diferentes significantes, para que, assim, algo da ordem do único possa emergir. Desse modo, é importante que os pais não reconheçam seus bebês estritamente por seu diagnóstico e possam atribuir, também, algo de si para o recém-chegado.

Como é possível notar, a identificação tem estreita ligação com a nomeação na psicanálise lacaniana (Castellani, 2020). Essa discussão diz respeito aos rearranjos nos processos de identificação e identidade nos pais, decorrentes do diagnóstico do filho, e, por consequência, o surgimento de novas nomeações ou autonomeações, como podemos recolher na contemporaneidade, com as adjetivações das maternidades, paternidades e parentalidades, sendo imbuídas de um complemento predicado: parentalidade atípica, maternidade neurodiversa e paternidade neurodivergente, por exemplo.

Como numa tentativa de apropriação, amarração e correspondência entre cuidador-bebê, a atribuição de um nome retroage sobre a anterior e produz um novo: o nome já estabelecido, “mãe”, passa a ser, posteriormente, “mãe divergente”, a partir da revelação do diagnóstico do filho, que, por consequência, faz surgir novos lugares para o bebê e, por tabela, para os pais. Desse modo, as sucessivas e constantes nomeações ao longo da vida produzem efeitos subjetivos nas pessoas, possíveis de serem constatados em suas falas e produções singulares, por meio de novas nomeações singulares e/ou de organizações coletivas, institucionais e sociopolíticas.

Essa breve construção serve de pontapé para avançarmos em direção ao terceiro tempo defendido por Castellani (2020), o da *nomeação*.

A noção de nomeação aparece muito cedo na obra lacaniana, no Seminário 1, da década de 1950, cruzando seu ensino ao longo de mais de vinte anos e sofrendo mudanças significativas, por consequência, até o Seminário 23. Castellani (2020) mapeou três cenários, ao realizar esse percurso: “um primeiro que trata da oferta do nome pelo Outro, fazendo uma conexão com o simbólico e a constituição subjetiva” (p. 171), do Seminário 1 ao 6, considerando a relação com a linguística, pelo uso das palavras e da função do significante que vem do Outro; “um segundo que formula o estatuto do nome para o sujeito, ligado ao traço unário³⁰ e à marca única que ele carrega, o que coloca em jogo a identificação (p. 171), do

³⁰ O traço unário é a primeira marca do surgimento do sujeito a partir do significante. "... traço distintivo, de pura diferença, que marca a divisão do sujeito pela própria linguagem, onde algo, que diz respeito ao objeto, se perde. Por isso, como um nome, marca um a um, na sua singularidade. O nome próprio seria um exemplo de traço unário, na medida em que se situa como marca distintiva e não se traduz. ... O traço unário é, portanto, significante não de uma presença, mas de uma ausência apagada que, a cada volta, a cada repetição presentifica-se como ausência. É aí que Lacan localiza o ponto radical, arcaico, suposto na origem do inconsciente" (Rinaldi, 2008, pp. 60-61).

Seminários 9 ao 21, pelos processos de identificação e da formulação conceitual sobre o Nome-do-Pai; “e finalmente um último que implica a noção de Real e a nova proposição lacaniana de *Sinthoma*” (p. 171), no Seminário 22 e 23, nos estudos topológicos, que ressaltam os nós borromeanos e a articulação dos registros Real, Simbólico e Imaginário.

Considerando o que esta pesquisa se propõe, as formulações sobre a teoria da nomeação revelam-se com maior afinidade com aquelas da primeira parte do ensino lacaniano, uma vez que as referidas ao segundo e terceiro cenário correspondem a processos psíquicos e de enodamento dos registros RSI impossíveis de serem rastreados para os sujeitos, aqui nesta pesquisa, diagnosticados, a saber, os bebês. A identificação, a amarração dos registros e produção de um *Sinthoma* somente darão notícias em outro tempo cronológico, no *só-depois* e dizem respeito a processos singulares de cada sujeito. Contudo, as formulações sobre o uso das palavras e função do significante competem ao campo do Outro, logo, há o que ser feito a respeito por nós, analistas, médicos e cuidadores.

Desse modo, diante da experiência de revelação diagnóstica, a qual oferta um novo nome, que provocará possíveis identificações, mesmo parciais e não todas, Castellani (2020), indica que frequentemente é possível notar um movimento subsequente nessa travessia para alguns pacientes: “Tivemos a suspeita de que um balanço em direção **à apropriação do diagnóstico começava a acontecer nesse novo tempo. O “diagnóstico para chamar de meu”** [grifo nosso] demonstrava um traço subjetivo singular, que traduzia a marca única de cada sujeito” (p. 167).

Para que isso aconteça, nesse tempo de nomeação, há um processo de renomear-se, pois, diante do acontecimento da revelação do diagnóstico, o sujeito terá de se haver com suas nomeações, produzindo diferentes enodamentos a partir desse trabalho psíquico. “Os nomes consequência desse trabalho podem traduzir funcionamentos psíquicos diferentes e ampararem o sujeito diante do diagnóstico” (Castellani, 2020, p. 215).

Ressaltamos que esse processo de apropriação do nome tem um duplo encaminhamento, possível de ser significado do lado dos cuidadores e, a posteriori, para os pequenos humanos. Pela via parental, que é o que nos interessa nesta pesquisa, há um trabalho psíquico que os cuidadores precisam realizar para produzir algo de si sobre o nome do diagnóstico, sem identificarem-se totalmente a ele. Como se eles precisassem dar um nome próprio para o diagnóstico. Fazer algo com isso requer uma apropriação, à sua maneira, daquilo que foi recebido por meio da revelação.

Receber um nome não tem a mesma função psíquica de dar-se um nome, mesmo que a

noção de nomeação compareça nessas duas tarefas, pois não se trata da mesma operação psíquica, defende Castellani (2020).

É interessante pontuar que a nomeação vinda do Outro, apresentada como receber um nome, está relacionada no nosso contexto de pesquisa ao tempo primeiro das experiências de receber um diagnóstico médico. Chamamos ela aqui de revelação e não de nomeação. É a revelação de um nome, sim. Porém, reservamos o termo nomeação para o terceiro momento, o de dar-se um nome. (Castellani, 2020, p. 215)

A autora constata que a experiência de receber um diagnóstico médico não se encerra quando esse é revelado, no momento das informações clínicas e do aprendizado sobre a doença, mas sim que perdura ao longo da história, causa marcas e é frequentemente revisitado a partir de diferentes lugares subjetivos. Existem aqueles sujeitos que ficam retidos na identificação imaginária do diagnóstico, em uma certa dificuldade em avançar na descoberta de marcas singulares que sustentem o acontecimento de seu próprio diagnóstico. Contudo, existem aqueles que “fabricam um movimento entre a recepção do significante diagnóstico, sua identificação a ele e a tentativa de apropriação do nome-diagnóstico” (Castellani, 2020, p. 225).

Castellani (2020) defende que a nomeação pode ser uma saída, um modo pelo qual cada um construirá seu próprio estilo de lidar com os nomes que lhe foram dados ao longo da vida, colocando em cena um mecanismo de apropriação. Mesmo com vários semelhantes ao redor, é possível que cada um tome posse de seus significantes e os organizem para a criação de um ato que marca sua própria história e o retira da correspondência fixa imaginária de suas identificações à sua identidade.

... o ato diagnóstico nomeia o sujeito com seus nomes de identificação, aqueles que o permitem responder quem ele é, mesmo que causem dúvidas e titubeios ... [para que] ao longo de um processo analítico, os sujeitos possam alcançar uma separação desses nomes, quando a queda das identificações for possibilitada. (Castellani, 2020, p. 247)

É nessa aposta que referimos o trabalho suplementar necessário àqueles adultos de referência que cuidam de bebês com um diagnóstico: que eles possam se apropriar deste nome-diagnóstico de uma maneira que seja possível se distanciar dele e realizar algo singular, inventado, recriado, renomeado. Direção que reitera a ideia de que a linguagem é um “dispositivo transformativo, do mundo e do sujeito, da clínica e da política” (Dunker, Paulon, & Milán-Ramos, 2016, p. 8).

4.3 As marcas das nomeações

A ideia de marca não é um conceito psicanalítico, tampouco temática alçada à devida relevância que lhe compete, a não ser quando relacionada às teorias da identificação. Em "*O que resta da infância*", Collete Soler (2014) discute sobre as marcas, referindo-se às da história

de cada um, que ninguém consegue evitar. Isso corresponde ao fato de que cada um tem as suas, pois decorrem das contingências da vida que todos sofremos e, mesmo quando ocorre um traumatismo coletivo (por exemplo, a pandemia da COVID-19), o que ficará marcado será singular.

Tais marcas são importantes, pois, de modo geral, os sujeitos podem falar sobre elas, visto que, além de serem conscientes, também se amarram umas às outras e aderem à pele – é aquilo que está intimamente ligado ao sentimento de identidade pessoal, afirma Soler (2014).

Esse tipo de marca, estabelece a autora, é diferente de outros tipos de marca, a qual designa ser, de fato, de interesse para a psicanálise: as relativas ao trauma de cada um, concernentes à constituição subjetiva e ao traço unário que indexa o trauma e, portanto, a estrutura; as marcas que circunscrevem o sintoma e inscrevem o gozo. Essas marcas são indelévels e se inscrevem na contingência, em uma eleição arbitrária do sujeito, o que significa que são incuráveis; logo, não podemos fazer nada com elas, pois não será possível mudar a estrutura e as marcas sofridas que nos estruturam³¹ (Soler, 2014).

E as únicas marcas que interessam à psicanálise são as marcas que inscrevem a estrutura, mas existem outras. Existem as marcas que provêm do fato de que alguém nasceu em algum lugar, e ter nascido em algum lugar deixa marcas de identidade. As pessoas nascem em uma língua, em um clima, em uma paisagem, em uma cultura, em uma tradição, e tudo isso fabrica o sentimento de identidade, nutre um sentimento de exílio e nostalgia quando fica longe desse lugar de origem, o que produz afetos muito fortes quando do retorno à terra natal. **Mas existem as outras marcas que são os acidentes verdadeiros da história e do nascimento: lutos, doenças, deficiências, e quando alguém nasce deformado é uma marca** [grifo nosso]. De certa forma, a psicanálise não se ocupa dessas marcas. O analisando pode falar a respeito se isso lhe satisfaz, e ele fala disso, mas não é isso que está em questão na psicanálise. (Soler, 2014, pp. 14-15)

Essas marcas que competem à história, ao corpo e à cultura não são indelévels, pois são passíveis de inflexão e deslocamento – por isso estamos aqui nos ocupando delas. Nas suas definições em dicionários, encontramos marca como sinal que distingue algo ou alguém de outra coisa ou pessoa; traço ou vestígio que deixa no corpo uma contusão, lesão ou ferimento; cicatriz indelével; impressão deixada por algo ou alguém; chancela e carimbo. Por outro lado, também pode ser utilizada como medida de limite e fronteira ou, ainda, símbolo, nome ou sinal específico de uma empresa. Ao tomarmos os diversos significados dessa palavra, podemos notar o quanto essa ideia é relacionável à temática dos diagnósticos.

Em consonância com Soler, Katz (2021c) também diferencia as marcas indelévels das não indelévels e delimita, em uma entrevista ao *podcast* “Critique por um instante”, que, diante

³¹ Essas ideias estão em consonância com o que Freud estabeleceu sobre determinismo psíquico no enlaçamento do sujeito ao Outro ou ao que Lacan chamou de insondável decisão do ser, quanto às possibilidades do sujeito de aceitar ou recusar o que vem do campo do Outro. Tal decisão é extremamente subjetiva, e não temos domínio sobre ela.

daquelas que não são, não se deve antecipar o sentido da marca antes que o sujeito faça o seu trabalho frente a isso na relação com o tempo, isto é, as experiências marcam e nunca sabemos de antemão, ou no momento que elas acontecem, o destino que terão. Para essa marca ter um desdobramento, ela precisará ser encadeada com outras marcas e, somente assim, o destino se configurará e se construirá.

Desse modo, apesar de não ser possível prever o futuro das marcas, existe a possibilidade de lidarmos com o que nos acomete, é possível fazer algo com a marca que marca a gente, já que "uma marca sozinha não faz verão" (Katz, 2021c). E mesmo que haja tal possibilidade, existem eventos em que a intensidade pode assumir uma maior proporção; isso requererá equivalente trabalho psíquico para lidar com a situação na direção de transformação do possível e da aceitação e luto dos limites com que iremos nos deparar.

Mesmo diante de experiências biológicas muito definidas e organicamente determinadas, mesmo assim, ainda é necessário que o sujeito lide com o que o acontece, que a sua experiência seja subjetivada, que o sujeito se pense para construir o seu lugar no mundo. E o modo com que isso vai se dar é radicalmente singular. É surpresa! E diante disso, penso que a gente precisa estar eticamente orientado pela curiosidade. É aqui que uma psicanálise pode ter lugar. (Katz, 2021c)

Isso implica que uma marca biológica e orgânica em um bebê, bem como o primeiro impacto da revelação da notícia diagnóstica a seus cuidadores, não poderá ser apagada. Todavia, o estatuto e a narrativa que vão ser construídos sobre o indelével precisam ser considerados, uma vez que esses podem ser revisitados em diferentes momentos da vida e transformados. Diante do que está embutido no significante de um diagnóstico, o sujeito pode responder a esse lugar que lhe for atribuído, recusando, confirmando ou transformando o que vem do campo do Outro (Katz, 2021b).

O que torna possível a realização de todas essas possibilidades é que ele não fica reduzido ao lugar que lhe é designado, porque não se reduz aos significantes que vêm do Outro. O sujeito é, ele mesmo, uma resposta à sua experiência: acontece como uma resposta do real ao significante. (Katz, 2021b, p. 5)

Aqui a autora se refere ao trabalho psíquico de um sujeito que precisa lidar, na infância, com a criança e todos os elementos que advêm dessa concepção a cada cultura e época. Ainda nesse rol que compreende o significante criança, temos as crianças que escapam ao universal da infância (e que competem a essa pesquisa), no qual a tarefa de lidar com isso é de todos os sujeitos, estando no período da infância ou já o tendo ultrapassado.

Diante do encontro com a criança com alguma questão de saúde, em que os cuidadores “não se sabem o que fazer” e se deparam com um corte Real da experiência humana, Katz (2021b) salienta que os ditos genéricos nada dizem; é preciso, portanto, procurar e produzir um dizer. Frente a isso, podemos pensar que quando um diagnóstico é proferido por um médico, e recebido pelo paciente, está no âmbito do dito. É relevante a escuta analítica nesses contextos,

para que seja possível produzir uma inflexão: que esse dito passe para um dizer próprio do sujeito. Nessa passagem, o diagnóstico pode ter uma outra direção, diferente daquela que potencialmente objetiviza e assujeita os sujeitos (adultos e bebês), fragilizando o laço, mas pode ser subjetivado e ser propulsor na produção de uma verdade.

... o Real não está desde sempre aí, impávido e colossal. Como registro da experiência, e, portanto, referido ao sujeito, o Real se produz, se produz como ex-istência, mas se produz. A questão é que isso que se produz como efeito da existência, depende da direção que o enodamento toma, a cada vez, entre Simbólico e Imaginário e com o Real também (Katz, 2021b, p. 5).

Enquanto registros da experiência humana, o Real, o Simbólico e o Imaginário não são estanques; assim, faz diferença, ressalta Katz (2021b), se diante do Real, iremos dar consistência ao furo ou furar a consistência. Isso implica no modo como nós, psicanalistas, iremos conduzir a direção de trabalho junto aos pais, frente ao diagnóstico de seus filhos.³² Furar a consistência de um diagnóstico é colocá-lo, também, em um lugar de indeterminação. Ainda que esse venha dizer algo, nunca irá dizer tudo. Conservar essa posição permite que o sentido seja deslocado um tanto, com o intuito de que as marcas de uma revelação possam se transformar em marcas de uma nomeação.

Situarmos um diagnóstico em uma posição de dar mais consistência imaginária (para além do que o campo social já tem sustentado), supondo-o como um elemento necessariamente nocivo e deletério, poderá resultar, de fato, em uma experiência de resistência e entraves para os próprios cuidadores. É disto que trataremos no capítulo a seguir.

³² Discussão que será apresentada em mais detalhes no capítulo a seguir.

5 LEITURAS PSICANALÍTICAS SOBRE O DIAGNÓSTICO DE BEBÊS COMO NOMEAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE

Esse capítulo visa a articular e debater as principais concepções construídas ao longo dos capítulos anteriores: a parentalidade, as lógicas diagnósticas e a revelação e a nomeação do diagnóstico em bebês. Amparada na teoria psicanalítica, a tecitura apresentada tem o intuito de questionar e promover reflexões sobre a prática clínica com bebês, que pode se apresentar enviesada por uma relutância e hesitação dos psicanalistas diante do assunto dos diagnósticos (principalmente os psicopatológicos).

Para introduzir essa costura, partiremos de uma breve explanação sobre o lugar em que a criança pode estar aninhada no campo do Outro e o lugar que os pais reservam a ela em seu discurso, a partir do entrecruzamento de três esferas: desejo, amor e gozo, de acordo com uma leitura lacaniana.

Essa construção permite que possamos avançar para apresentar diferentes leituras psicanalíticas acerca das dificuldades que um bebê possa vir a manifestar na relação com os seus cuidadores. Desse modo, fazemos aqui uma distinção desses entraves, ora quando são fruto de uma afecção que aparece no organismo, como síndromes genéticas, encefalopatias ou doenças, por exemplo, ora quando são decorrentes de psicopatologias. Ainda que ambas possam incidir na construção do laço, parece ser necessário discorrer sobre o que o campo psicanalítico apresenta e discute diante de distintas etiologias.

Essas vertentes nos levam a caminhos heterogêneos. Ao nos debruçarmos sobre o que os psicanalistas produzem sobre o assunto das psicopatologias em bebês, deparamos com duas concepções utilizadas no campo da saúde, as quais norteiam a teoria e a clínica: a prevenção e a detecção precoce. Assim, no que tange aos diagnósticos psicopatológicos na infância, o debate tem maior dimensão, mesmo sendo controverso, turvo e sem unanimidade no campo psicanalítico, quanto à compreensão da teoria, bem como aos posicionamentos políticos. Já sobre os diagnósticos relativos às afecções orgânicas, os trilhos têm outra extensão, uma vez que os psicanalistas parecem assumir uma posição menos hesitante em comparação com a anterior, já que a pauta principal não parece ser questionar a etiologia, seus efeitos perniciosos ou a necessidade do diagnóstico, mas sim a construção de uma direção de tratamento.

Ainda que não seja possível desconsiderar a exponencial proliferação dos diagnósticos psicopatológicos na infância, a pressa e a banalização de como isso tem sido feito por meio de protocolos *checklist* na contemporaneidade, a preocupação com os efeitos iatrogênicos de um diagnóstico é pungente no meio psicanalítico – ainda que tenhamos que desdobrar ao longo do

capítulo o que isso quer dizer e o que tem a revelar, suas relações com a patologização e medicalização na infância.

Assim, mesmo que estejamos tratando do diagnóstico de bebês, não podemos deixar de lado os efeitos que esse processo pode provocar em seus pais ou responsáveis, a citar a angústia, o luto e o sofrimento. Categorias primordiais para o raciocínio clínico do analista que, apesar de não serem sinônimos, possuem intrínsecas relações. Por fim, encerramos o capítulo trazendo a seguinte questão: “O que é possível fazer com esse nome? Entre a profecia e a indeterminação”, no qual a tarefa em jogo é sobre os sentidos que um diagnóstico irá ocupar para os pais, seus efeitos de nomeação, as saídas narrativas encontradas e, sobretudo, se a partir dos fios de cada lado, os dos responsáveis e os do bebê, será possível formar um laço ou caminharão em antinomia.

5.1 O lugar do bebê no campo do Outro: desejo, amor e gozo

Para os seres humanos, vida e existência não são sinônimos. É possível que uma criança exista, na fantasia dos pais, antes mesmo de nascer. Esse alojamento prévio, contudo, é, por vezes, necessário para que o nascimento biológico advenha posteriormente. Entretanto, ainda que uma ilusão antecipatória seja o esperado, raras as vezes, pode não acontecer do lado de quem gesta³³. De todo modo, essa ilusão, que depende do desejo de outros seres, é condição para a existência de um humano e emergência de um sujeito.

Seguindo esses trilhos, ao receber um bebê ou criança para atendimento, o trabalho com os pais é indispensável e inevitável. Desse modo, amparada na teoria lacaniana da constituição do sujeito e na proposta borromeana dos nós (RSI), Flesler (2021) assinala que as entrevistas iniciais implicam, para o analista, escutar e localizar se a criança está sendo alçada, ou não, a um lugar de alojamento de objeto do Outro e, se sim, como tem funcionado a amarração entre amor, desejo e gozo naquele tempo, uma vez que essa engrenagem não é estática e está suscetível a remontagens.

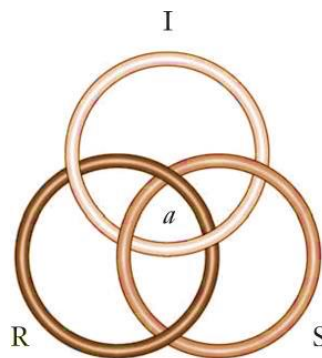
Lacan introduziu a teoria dos nós no *Seminário 19: ... ou pior* (1971-72); contudo, começou a trabalhar com o nó borromeano (Figura 3) no ano seguinte, no *Seminário 20: Mais, ainda* (1972-1973), e seguiu, subsequentemente, até os seus últimos seminários. Esse é um momento de mudança na formalização de seu ensino, no qual a teoria dos nós passa a ocupar o

³³ Ver tese “Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna” (Iaconelli, 2013), na qual a autora descreve e analisa o caso de uma mulher que pariu e jogou o bebê recém-nascido no lixo do banheiro da maternidade.

centro da investigação teórica e clínica para Lacan; dessa forma, há uma sintetização das teorias da constituição subjetiva³⁴ e as noções de Real, Simbólico e Imaginário, construídas durante todo o conjunto de sua obra, ganham destaque, sem que haja uma hierarquia entre elas.

A propriedade borromeana fundamental diz respeito ao modo pelo qual esses três registros são enlaçados, seguindo uma ordem específica, de modo que se houver um corte em um dos anéis, os três irão desatar – a estrutura desarma (Faria, 2019). A montagem borromeana implica entrecruzamentos específicos que irão produzir regiões separadas, de intersecção e uma fazendo limite a outra. Portanto, o Simbólico se contrapõe ao Imaginário e ao Real, do mesmo modo em que o Real o faz diante do Simbólico e Imaginário, enquanto o último é delimitado pelo Real e Simbólico, sendo o objeto *a*, causa do desejo, localizado no entrecruzamento dos três.

Figura 3 - Nó borromeano



Fonte: Lacan (1972-73/1985, p. 168); Flesler (2021, p. 35)

Nessa esteira, Flesler (2021) situa o amor no Imaginário, o desejo no Simbólico e o gozo no Real; “portanto, o desejo se contrapõe ao gozo e ao amor, da mesma forma que o gozo o faz com o desejo e o amor, enquanto esse último delimita-se entre o gozo e o desejo” (p. 54). Essa delimitação de um a outro é essencial e benéfica para que excessos de uma das dimensões não se sobreponham às outras.

O amor faz obstáculo e coloca freios ao gozo pulsional dos pais, uma vez que diante da “vontade de morder” o bebê, eles acabariam enfiando-lhe os dentes, ou ainda, expressões comuns como “eu o apertaria de tão fofo”, “que vontade de comer essa perninha”, que revelam a forte matriz pulsional que as anima, são impedidas de passarem ao ato pela delimitação de outro registro, detendo essa força vital tendente à satisfação instantânea. O desejo, assim como

³⁴ Por meio da teoria dos nós, Lacan também articula as três teorias da constituição subjetiva ao mesmo tempo, que outrora foram apresentadas em sua obra por meio da teoria do estágio do espelho (vertente imaginária), pelo complexo de Édipo (vertente simbólica) e teoria da alienação e separação (vertente real). (Faria, 2019). Contudo, não nos debruçaremos nessa pesquisa em apresentar tais teorias.

o amor, também faz limite ao gozo pulsional, quando diante de incessantes choros do bebê, os pais têm vontade de jogá-lo pela janela, entretanto, um desejo mais forte, de que o bebê viva, regulado por uma Lei, impede o impulso de matá-lo (Flesler, 2021).

O amor gera limites para o gozo desatado. Por ele, apetites ferozes se freiam. E, por sua vez, o amor encontra barreiras naquilo que pulsa, pois o amor, livrado de seu anseio de fusão narcísica, leva à morte os amantes que desejam se alimentar só de amor e renunciam a outros apetites. O objeto de amor só se engendra numa falta que motiva o seu anseio. (Flesler, 2012, p. 65)

Do mesmo modo, é diferente quando a criança é objeto de amor dos pais de ser um objeto de desejo. No plano do amor imaginário, ou de narcisismo dos pais, como outrora apontado por Freud (1914/2010b), em que a criança é esperada como objeto de satisfação e realização dos sonhos dos pais, há o ideal de fusão com o objeto, de tornarem-se um. Nessa posição, não se admitem quaisquer respostas divergentes, do lado da criança, ao que foi tão ansiado pelos pais. Tem-se, portanto, montada a criança ideal, inatingível, imagem que não se sustentará na realidade. “Sendo assim, o nascimento de um filho tanto encarna a realização de um ideal quanto reatualiza a falta estrutural – já que sem ela não haveria desejo de ter um filho” (Jaquetti & Mariotto, 2004, p. 53).

Às vezes, o desejo e o amor fazem limite ao gozo, ou bem serão o gozo e o desejo que limitarão o amor. E, como podemos ver, isso é necessário, pois há amores que matam: são aqueles que, deixados ao seu impulso unificador, querem fundir-se com o objeto amado e não desejam mais além dele. Corroborando que o mito de Narciso pode se tornar fatalmente real, costumamos ouvir demandas de amor que não admitem insatisfação alguma. Nesse caso, o enlace entre o amor, o desejo recriado pela falta e o gozo não estruturam um bom lugar para a criança. (Flesler, 2021, p. 56)

Se a criança ocupa lugar de objeto de desejo para o agente da função materna, se o bebê vem realizar a equivalência simbólica (bebê – falo), é porque ali opera uma lógica que regula a lei do desejo, isto é, a falta. A criança pode ser o objeto que causa o desejo de seus pais, ainda que, estruturalmente esse objeto seja inalcançável, mas que, presente em sua negatividade, procurará realizar-se por meio de uma série de objetos substitutos. “Assim, ter um filho desperta sempre na mãe [agente da função materna] essa ambivalência entre ter nos braços seu objeto *a* e ter nos braços essa “coisa” que vai sempre lembrá-la de sua existência faltante” (Jaquetti & Mariotto, 2004, p. 53).

Flesler (2021) ainda acrescenta que é necessário localizar se os pais são capazes de recriar, para além da criança, o desejo, o amor e o gozo em outras esferas de suas vidas, como profissionais, como filhos ou, inclusive, como casal; se existe um contraponto ou o pequeno humano está sendo o condensador dos três elementos. É importante também mapear se o gozo da mãe pelos filhos e pela maternidade se alterna com o gozo feminino e se a criança tem funcionado como objeto *a* para os pais, alternando-se com outros objetos, ou seja, se a falta pode ser recriada.

É relevante apresentar tais noções, uma vez que ao escutarmos os pais que têm um bebê com um diagnóstico, o qual está aquém dos marcos do desenvolvimento esperado, podemos notar que o amor pode estar fraturado naquele tempo, desenlaçado dos demais campos, dando abertura para as moções pulsionais não serem freadas facilmente. Ou ainda, que em virtude da maior necessidade de cuidados com a vida desse bebê, não há alternância de gozos da mulher, do mesmo modo em que a possibilidade de investimento em outros objetos (como o trabalho, um(a) parceiro(a) amoroso-sexual, por exemplo) pode ficar obstruída. Desse modo, temos balizas para pensarmos os possíveis enlaces e desenlaces em cada relação a cada tempo.

5.2 Diagnósticos psicopatológicos *versus* diagnósticos do organismo

Nesse tópico pretendemos apresentar um pareamento entre o que psicanalistas que se debruçam no campo da infância, com enfoque nos bebês, discorrem a respeito de diagnósticos de afecções que atingem o organismo e de diagnósticos psicopatológicos na primeira infância. O intuito dessa apresentação é o de levantar questões e promover reflexões para se ampliar o debate sobre a prática clínica com bebês na psicanálise.

Um pequeno humano pode apresentar sintomas e dificuldades que incidam na relação com seus cuidadores de diferentes maneiras. Tais manifestações podem ser fruto de uma afecção orgânica, relativos ao laço e ao lugar que lhe é reservado no campo parental, ou ainda, de ambos. Logo, apresentar tais categorias com um *versus* entre elas, em um primeiro momento, pode soar que são completamente contrárias e não podem ocorrer simultaneamente. Não obstante, elas podem estar relacionadas, como quando um quadro psicopatológico aponta posteriormente a um diagnóstico orgânico, passível de ser constatado em exames laboratoriais ou de imagem. De todo modo, diferentes condições podem provocar limitações nas possibilidades desses bebês estarem e circularem no laço social, ainda que a etiologia dos diagnósticos seja distinta.

Em “A criança retardada e a mãe”, Maud Mannoni (1985), psicanalista pioneira no tratamento de crianças acometidas por patologias graves no organismo, sinaliza que “mesmo nos casos nos quais entra em jogo um fator orgânico, a criança não tem que fazer face apenas a uma dificuldade inata, mas ainda à maneira como a mãe [leia-se agente da função materna] utiliza esse defeito num mundo fantasmático, que acaba por ser comum às duas” (p. xviii).

Mannoni (1985) ainda complementa que, em uma psicanálise, a realidade da afecção orgânica não é, de modo algum, subestimada, contudo, o que se busca revelar é como a situação é vivida pela criança e por sua família, assim como o valor simbólico que será atribuído a essa

situação em ressonância à história familiar. A autora acrescenta sobre a necessidade de a criança, no futuro, construir uma significação, um sentido, a respeito do que a acomete, a partir do trânsito de palavras fornecido por seus familiares, conforme a relevância que é dada à patologia.

Desse modo, ao receber um bebê com alguma patologia orgânica, Pavone e Abrão (2014) salientam que cabe ao analista escutar e discernir se a afecção, por ela mesma, é responsável por provocar tais obstáculos ou se os sintomas e dificuldades são relativos ao modo pelo qual a patologia e/ou o diagnóstico e a perda do filho ideal imaginado impactaram os pais, fazendo com que surgissem entraves para que esses pudessem exercer suas funções (materna e paterna).

Sabe-se que a causa de um sujeito não reside no real do organismo e, mesmo que condições orgânicas graves estejam em jogo, essas não encerram as possibilidades de um sujeito advir. Entretanto, compreender o lugar que é reservado a um bebê com uma afecção orgânica no discurso dos pais se faz necessário. Vorcaro e Lucero (2011) apontam que é importante acompanhar (e eventualmente intervir) se os responsáveis são capazes de suportar algo além do *déficit* e o modo como estão tomando a patologia e o diagnóstico, para que esses não se encerrem como o único traço pelo qual reconhecerão o filho.

Diante do corpo biológico lesionado, por vezes, podem surgir, como aponta Bergès (1988), lesões imaginárias e simbólicas na fantasmática parental. A confrontação com o *déficit* da criança vai se manifestar em dois níveis: primeiro, o do objeto que falta, que como tal é da ordem do simbólico; e segundo, o do objeto perdido que não está à altura daquele que foi esperado, pois ocupa o lugar imaginário do *déficit*.

Ante a dificuldade que seu organismo apresenta, a criança não é capaz de responder ao lugar que lhe foi esperado e, caso a patologia adquira tamanha extensão e relevância, a criança ficaria reduzida ao seu organismo. O contraste imenso, fruto da afecção orgânica, pode favorecer o desencontro entre a dupla mãe-bebê, fazendo essa relação ruir, como indica Alfredo Jerusalinsky (2010). Pavone e Abrão (2014) corroboram dessa ideia e expõem que os pais, ao tomarem a criança por sua deficiência e pelo que apresenta em seu corpo, podem hesitar supor um sujeito no pequeno humano, situando-a no limbo entre um ser vivo e um sujeito.

Trata-se de situações em que a importância da doença adquire tamanho privilégio que a criança-sujeito se dissolve no organismo em risco de morte ou de insuficiência permanente. Assim, a impotência representada pela doença impede que a criança concreta coincida com a criança idealizada pelos pais, já que não pode responder de onde é esperada, não pode alimentar a ficção que a sustém na posição que lhe foi atribuída. (Vorcaro & Lucero, 2011, p. 819)

Vorcaro e Lucero (2011) assinalam outro caminho possível para essa situação de desencontro com o bebê imaginado: quando o agente da função materna, após decepcionar-se com o filho com alguma condição orgânica, produz uma nova imaginarização da criança, ainda mais fantasmática, ao colocar-se inteiramente a serviço do filho. Esse agente deverá garantir a si mesmo que ama o filho, garantindo todos os cuidados necessários que necessita, no qual o filho poderá ocupar, nesse percurso, o lugar de ser o único objeto de desejo materno.

Para as autoras, em ambos os casos, é possível notar que a insuficiência atinge os agentes materno e paterno, uma vez que não possuem o saber especializado para tratar do filho, sendo o único caminho transferir suas funções e saber para o especialista. Com o intuito de proteger e cuidar da criança, os pais tornam-se funcionários do saber científico que os orienta na realização do tratamento e nos modos de cuidado. Nesse deslocamento do saber e das funções para os especialistas, agentes de saúde, a insuficiência do organismo da criança suscita a insuficiência dos pais (Vorcaro & Lucero, 2011).

Nessa lacuna do saber parental, o diagnóstico, em sua função de instrumento classificatório etiológico e nosográfico, compreende o que é irreconhecível pelos pais [grifo nosso] e indica terapêuticas que reconduzirão ou adaptarão a criança à normalidade, condenando, aliviando ou salvando os pais do mal-estar que a doença produz aos ideais. (Vorcaro & Lucero, 2011, p. 819)

Ter uma função nomeante e fornecer uma compreensão do que é irreconhecível no bebê, para os pais, parece-nos importante de ser ressaltado sobre a lógica diagnóstica, uma vez que esse processo não pode ser negligenciado ou reduzido. O nome pode ter a função de proporcionar um contorno para a angústia, ancoragem para a reorganização dos ideais, bem como um elemento, a depender, indelével, para a construção das identificações e dos laços entre pais e filhos. Esse não nos parece o problema, conforme discutimos anteriormente a respeito do modo de revelação e nomeação dos diagnósticos no capítulo anterior. A ressalva dos autores envolve o quanto dessa lacuna de saber será preenchido com as informações médicas sobre o quadro, o quanto a revelação diagnóstica provocará um estupor paralisante, impeditivo de uma movimentação psíquica, de sideração e petrificação ao evento, não restando aberturas para as surpresas, descobertas e para o imponderável das relações humanas. Ainda assim, consideramos tais ressalvas como um engodo, portanto, pode-se questionar: se a lacuna do saber, isto é, o real, que não cessa de se não se escrever³⁵ (Lacan, 1972-1973/1985), diante do impossível de ser

³⁵ Lacan estrutura a experiência analítica pelo viés da escritura em quatro momentos: (1) o real enquanto impossível é "o que não cessa de não se escrever", um devir contínuo; (2) o necessário é "o que não cessa de se escrever", há um corte no contínuo do real que produz uma sideração traumática ao evento, um bloqueio do devir e, por consequência, uma repetição fixa e contínua dele; (3) o contingente é "o que cessa de não se escrever", visto que, diante do corte do contínuo do real, produzirá uma parada momentânea, uma primeira simbolização, não fixa, mas

representado pela linguagem e de sua propriedade contínua, como um diagnóstico poderia ser tão determinante? Não é com isso que um analista trabalha, com a possibilidade de contornar o real por meio do simbólico?

Vorcaro (2011) sublinha que o grande volume de diagnósticos inconclusivos em crianças aponta para o limite das categorias empíricas generalizáveis e sistematizadas, no qual ficam mantidos hiatos e sobras irredutíveis aos quadros classificatórios de patologias orgânicas. Há, portanto, o real da dimensão humana que é inominável, do qual a criança é testemunha e objeto exemplar, ao provocar mal-estar nos dispositivos sociais, que fracassam ao nomeá-la de acordo com os parâmetros da ciência. Apesar disso, a autora perfaz o argumento alertando para a valência e dimensão em que um diagnóstico pode ser tomado e seus efeitos impeditivos para a filiação e para a construção da subjetividade da criança.

A nomeação diagnóstica pode adquirir tamanha valência que destitui o nome-próprio da criança, substituído pela identidade social conferida pelo nome da síndrome em que a medicina localiza, define e torna transparente a estranheza causada por ela. Estabelece-se, assim, sua nova filiação, já que a paternidade, sobre-o-nome, é dada pelo nome-da-síndrome (Santana, 1998, inédito) que baliza, referencia e justifica os atos, falas e condutas da criança, deslocando-a da possibilidade de situar-se a partir de sua ordem própria de filiação. Inserir uma criança no laço social como “aquela Rett”, “ele é PC”, “meu filho é Asperger”, é reduzi-la ao registro médico, é amputar sua singularidade subjetiva. (Vorcaro, 2011, p. 228)

É importante que os pais reconheçam os impedimentos impostos pela patologia que atinge o organismo, e que localizem os limites impostos por ela. Mas é, ao mesmo tempo, importante que localizem igualmente as possibilidades, em um constante movimento de produção de novas significações para aquele sujeito e, principalmente, para a patologia, sem que fiquem aderidos à univocidade de sentido, advinda da lógica médica, e que sejam capazes de manter um hiato a partir do qual possam descobrir o que advém daquela criança.

Nesses trilhos, Bernardino (2007) comenta que comumente a dimensão subjetiva, a história, as particularidades e os desejos de uma criança com alguma deficiência são ignorados pelos profissionais de saúde. Dessa maneira, a criança se torna mero objeto de cuidado, tendo um lugar somente a partir de sua deficiência. Logo, dar ênfase ao *déficit*, à lesão orgânica e à síndrome, tem um efeito dessubjetivante, uma vez que impede o movimento de antecipação subjetiva e de inscrição no campo simbólico.

De todo modo, a autora reconhece a necessidade de um diagnóstico preciso, dos avanços científicos quanto à prevenção, detecção e tratamento de doenças e problemas iniciais no desenvolvimento infantil contudo, também alerta para a posição do clínico diante do que faz

que é pré-condição para a desideração, para o movimento de vida e de criação; e (4) o possível, é "o que cessa de se escrever", é o momento em que algo sai da repetição, emancipa-se do traumático e reencontra o seu devir; o simbólico, por meio da fala ou da escrita, produz corte, interrompe a fixidez e quebra a lógica do determinismo do que, outrora, estava inscrito na cadeia significante. (Lacan, 1972-1973/[1985]; Lollo & Maranhão, 2018).

com esse saber para que não se torne uma verdade totalizante e seja selado um destino antecipadamente para a criança. A partir da posição de escuta do analista, Bernardino (2007) defende que seja produzida uma verdade pelo próprio sujeito (no caso os pais das crianças), ao se esvaziar o saber.

Mas tal posição parte de uma concepção de que um diagnóstico fecharia a possibilidade de articulação significativa, o que pode ser problematizado. Diz a autora:

A posição de escuta promove um lugar de esvaziamento do saber. **Não se trata de fornecer um diagnóstico que fecha qualquer possibilidade de articulação** [grifo nosso]; não se trata também de prescrever remédios que eliminariam toda a angústia familiar - inclusive a que serve de motor para as mudanças necessárias -, muito menos de indicar treinamentos que alienariam o indivíduo, fixando-o em uma posição objetal. A posição de escuta permite o acesso à verdade da história de cada um. (Bernardino, 2007, p. 54)

Frente a essas colocações, já que dar ênfase à patologia poderia ter um efeito dessubjetivante, o inverso também se aplicaria: promover a subjetivação é relegar a patologia orgânica para um segundo plano? Aqui temos uma oposição e contrapeso de dois elementos que nos parecem de difícil equilíbrio. Como se produz uma verdade singular e esvazia-se o conhecimento médico concomitantemente, sendo que a primeira é atravessada pelo segundo? Principalmente porque o diagnóstico pode não necessariamente fechar a possibilidade de articulação significativa. *A aposta que fazemos é justamente o seu oposto: apostamos na possibilidade de um desdobramento da cadeia significativa, da qual o nome do diagnóstico faça parte (e isso sem que tenha havido necessariamente uma intervenção psicanalítica).*

Ainda sobre os diagnósticos orgânicos, ao discutir um caso de um bebê com Síndrome de Down e sua família, Julieta Jerusalinsky (2002) indica que em meio aos relatos detalhados da história do nascimento da bebê e da descoberta da trissomia do par 21, os pais nomeavam a bebê ora como Ana, ora como Carolina (o nome da bebê era Ana Carolina). A partir daí, a autora faz uma leitura de que, naquela situação, a “aparente confusão” diz respeito a uma colagem da bebê com o seu diagnóstico, ao “fracasso da inscrição simbólica desse bebê na série familiar. A certeza do diagnóstico, a efigie do “Down”, eclipsa a inscrição do nome” (p. 97).

Nesse caso, o diagnóstico apresenta-se como um traço não dialetizável que não faz série; “o diagnóstico da patologia rasura a inscrição do nome e coagula o deslizamento significativo que possibilita fazer série” (p. 100). A direção de trabalho seria, portanto, a de promover o engendramento de uma série singular de significantes antecedentes, em que o diagnóstico possa também se fazer um elemento inscrito nessa série. “Por isso, uma das intervenções desta clínica consiste em produzir um primeiro deslizamento na significação do real da patologia que permita abrir um lugar à simbolização do destino de um bebê (Jerusalinsky, J. 2002, p. 112).

Ante a limitação presente no organismo do recém-nascido e a sobredeterminação simbólica da estrutura parental na qual o bebê é recebido, Jerusalinsky, J. (2002) situa somente duas consequências que os diagnósticos podem ter, ao incidirem num tempo precoce, em que o laço pais-bebê ainda está sendo estabelecido: as profecias autorrealizáveis e a antecipação da insuficiência no bebê.

As profecias autorrealizáveis envolvem a retirada de investimento no bebê, a partir do momento em que a patologia do bebê assume uma representação, para os pais, de incapacidade. Os pais deixam de supor antecipadamente que o bebê seria capaz de realizar tal feito ou responder a um estímulo. “Ao produzir antecipadamente a retirada do investimento necessário para que tais realizações pudessem advir, a profecia de fracasso acaba por se cumprir, ainda que inicialmente a patologia orgânica não as impedisse” (Jerusalinsky, J. 2002, p. 228).

O segundo efeito diz respeito à suposição de insuficiência e incapacidade, quando os pais passam a não supor a autoria de certas produções ao bebê, atribuindo os feitos às reações involuntárias, sem quaisquer intencionalidades ou restritas ao quadro patológico. Desse modo, a direção de tratamento envolve, em presença dos pais, supor, atestar e atribuir aos gestos e intenções como sendo de autoria do bebê (Jerusalinsky, J. 2002).

Frente à angústia e ao efeito traumático que a revelação de um diagnóstico pode provocar, por vezes, médicos e terapeutas vem oferecer suas próprias versões acerca do futuro do recém-nascido – o que se deve esperar, o que eles acreditam que o bebê vai alcançar, quais procedimentos devem adotar a partir de então etc. O problema, para Jerusalinsky, J. (2002), é que tais respostas costumam aparecer antes mesmo que os pais possam formular perguntas a respeito.

Ao discorrer acerca do trabalho analítico na UTI neonatal, Julieta Jerusalinsky (2000) expõe que as complicações no parto, o nascimento prematuro e o diagnóstico de uma patologia no nascimento se apresentam como uma ruptura do tecido simbólico, trama que permitiria a uma família sustentar simbolicamente um bebê. Assim, a intervenção do analista deveria percorrer a reconstrução dessa teia:

Intervimos na direção de que a tela simbólica, que até então armava o casulo de recepção do bebê e que sofre essa dilaceração, possa retomar seus nexos, para que o evento da internação, a gravidade do quadro ou a patologia do recém-nascido, em vez de silenciar o discurso parental, possam começar a ser bordejados simbolicamente. Desde a clínica em estimulação precoce sabemos que o trabalho de ressignificação de uma patologia ou evento traumático é permanente. (Jerusalinsky, J. 2000, p. 52)

Os bebês prematuros ou com patologias orgânicas geralmente não apresentam as mesmas produções esperadas, em comparação a bebês nascidos a termo ou sem patologias; "diante de tal diferença de produção, é frequente uma mãe não conseguir armar leituras em

relação ao bebê" (Jerusalinsky, J. 2000, p. 56).

Considerando que os cuidados médicos, frequentemente, não podem ser realizados pela mãe na UTI, o saber inconsciente materno pode ser deslocado em relação ao bebê, levando-a a adentrar o campo das informações técnicas e científicas do campo médico, na tentativa de restituir o seu lugar de mãe e de cuidados para com o seu filho:

Frequentemente, as mães procuram dominar as informações fornecidas pelos aparelhos que mantêm a vida dos seus bebês, assim como a linguagem técnica que circula em sala de UTI. Trata-se de um esforço que ocorre na suposição de que o domínio desse 'dialeto' lhes permitirá reencontrar-se com seus bebês e recuperar o lugar de saber sobre estes, assim como a responsabilidade por seus cuidados. A tentativa de vir a recuperar por essa via o 'lugar de mãe' do qual se sentem deslocadas evidentemente desemboca em um fracasso, pois os termos técnicos constituem um dialeto anônimo, igual para todos os neonatos internados, no qual se pode falar de órgãos e funções orgânicas, mas tal dialeto não diz nada sobre o bebê para uma mãe, nem dá à mãe as coordenadas da função materna desde as quais possa dirigir-se ao seu bebê. Essa é uma fala que terá de ser reconstruída desde outro âmbito e para a qual o conhecimento técnico não serve de prótese. (Jerusalinsky, J. 2000, pp. 56-57)

Talvez essa “prótese” seja a única possível, naquele período, que os pais usarão para se referirem ao filho, isto é, a partir dos termos técnicos do conhecimento médico. Em nosso trabalho, estamos discorrendo que a construção desse lugar de mãe, ou melhor, a construção da parentalidade, possa acontecer sem escamotear os dados advindos da realidade do que acomete o bebê – afinal de contas, o diagnóstico é um acordo social, como esclarecido pela Sociologia do Diagnóstico – e sem reduzir o valor das coordenadas possíveis para os pais àquele tempo, mas que sim, a construção seja a partir desses. Sobretudo, quando, na contemporaneidade, as informações do campo médico estão dissipadas e acessíveis à palma da mão, da mesma maneira em que o discurso médico e as lógicas diagnósticas têm regido o modo como os indivíduos se autorreferenciam e referenciam uns aos outros.

Battikha, Faria e Kopelman (2007) apresentam um trabalho de acompanhamento de 11 bebês (nascidos a termo ou prematuros) com alterações orgânicas graves em uma UTI. Nesse trabalho, os autores indicam que a estranheza materna, diante do nascimento do bebê com uma patologia, pode levá-las a tentar inscrever o filho em um lugar de pertinência e reconhecimento a partir do diagnóstico, no qual a linhagem familiar pode não se sustentar e ser suficiente.

Além da perda do bebê sonhado, diante da irrupção da doença, há, ainda, a perda das referências maternas quanto ao saber transmitido transgeracionalmente sobre o que é ser uma mãe e como cuidar de um filho. Diante da destituição de maternagem de seu filho, podem se tornar meras cuidadoras de um corpo (Battikha, Faria, & Kopelman, 2007). Ainda quanto à filiação e perda de referências, existe um outro fator importante, diante de quadros orgânicos graves, que é a aparência fenotípica do bebê, portanto, a dificuldade em proporcionar, para a mãe, um reconhecimento de seu filho por similaridade.

Quanto ao diagnóstico, Battikha, Faria e Kopelman (2007) enfatizam que esse, ao ser igualado pelas mães a um destino selado precocemente, bem como negar os limites advindos da patologia, ele pode acarretar um risco psíquico³⁶ na constituição do vínculo mãe-bebê. Diante de um diagnóstico orgânico grave, há uma dupla implicação do agente da função materna: por um lado, é necessário que os cuidadores não se resignem ao problema, mantendo investimentos libidinais e garantindo possibilidades de tratamento; e por outro, paradoxalmente, é necessário que aceitem os limites impostos pela patologia. O paradoxo pode ser assim resolvido: os limites de uma patologia orgânica podem ser aceitos, mas quais são eles? Quais são os limites daquele bebê? Não sabemos! Então devemos investir no bebê libidinalmente até o seu limite (com a ajuda de uma subjetivação construída), limite que só conheceremos quando tivermos chegado lá!

É importante ressaltar que, diante dos trabalhos mencionados e que consideram alguma afecção orgânica no bebê, a patologia recebe menos ênfase pelos psicanalistas, tornando-se coadjuvante no decorrer da discussão. Apesar de serem elementos reconhecidos e de terem certa relevância para o caso, todavia, não se tornam objeto de debate, uma vez que, evidentemente, não são de incumbência do campo psicanalítico. A primazia da argumentação, de modo geral, recai sobre a direção de tratamento: sobre o acompanhamento da instauração das funções materna e paterna, sobre as possibilidades de filiação e nomeação, sobre os processos de subjetivação do bebê e sobre a significação que o diagnóstico e a patologia terão para os pais.

Notou-se, ainda, que alguns autores apresentam ressalvas quanto ao modo pelo qual o diagnóstico pode ser dado pelos profissionais de saúde, apontando, frequentemente, a um possível efeito negativo e de produção de entraves para a constituição psíquica: fechamento, amputação, eclipsamento, dessubjetivação, risco. Tais constatações revelam que parece estar embutido nesses posicionamentos uma sobrevalorização da dimensão dos efeitos negativos de um diagnóstico, bem como a ênfase nesse como um elemento nocivo, que poderá impedir algo de advir ou ser prejudicial. *Tal ênfase não significa que não existam efeitos de colagem a um diagnóstico; o que estamos salientando nessa pesquisa é que não podemos tomá-los como efeitos absolutos e predizíveis de modo antecipado.* Vejamos adiante essa construção em maior evidência no que tange aos diagnósticos psicopatológicos em bebês

³⁶ Temática discutida no subitem a seguir.

5.2.1 Detecção precoce, prevenção e diagnóstico psicopatológico

O campo de debate, na psicanálise, sobre os diagnósticos psicopatológicos em bebês é vasto, em comparação às discussões sobre os diagnósticos do organismo. Nele, outras concepções advindas do campo da saúde são incorporadas aos argumentos dos psicanalistas, como as ideias de prevenção, detecção precoce, risco, predição e iatrogenia. Somado a esses elementos, estão em pauta discussões acerca dos excessos diagnósticos de psicopatologias na primeira infância, a psicopatologização e a medicalização do sofrimento de bebês e crianças. São diferentes camadas, tratadas por diferentes óticas, que percorrem o mesmo objeto, ora articuladas, ora não, e que, por vezes, estão destacadas de questões sociopolíticas. Desse modo, não se pretende aqui esgotar o assunto, mas sim apresentar um panorama do que é produzido e as dissonâncias existentes nessa temática, entre diferentes leituras psicanalíticas a respeito dos diagnósticos psicopatológicos em bebês.

Para alguns psicanalistas, a infância e a adolescência são tempos gerúndios, de maleabilidade psíquica, nos quais as operações psíquicas para a constituição da subjetividade ainda não se efetivaram, em que a estruturação não está decidida³⁷ (Jerusalinsky, A, 1993; Kupfer, 1999; Bernardino, 2004). Portanto, as formações do inconsciente de uma criança apontam justamente para o seu inconsciente em formação (Vorcaro, 2004).

Isso não significa, no entanto, que não existam graves manifestações de sintomas psíquicos, sofrimento, perturbação e desencontros no laço entre o bebê e seu cuidador primordial. Esse conjunto de manifestações compreende a psicopatologia do bebê e a patologia do laço do bebê com seu cuidador (Fernandes, 2012).

Diante dessas dificuldades, Fernandes (2012) aponta que vários autores psicanalistas se propuseram a esquematizar sua leitura clínica em sinais, marcadores e indicadores de sofrimento, embasados sob diferentes perspectivas teóricas, articuladas ou não com outros campos de saber (como as Psicologias do Desenvolvimento, Neurociências e Educação). São eles: Philippe Gutton, Bernard Golse e Graciela Crespin. Incluo nesse campo o trabalho de psicanalistas brasileiros: Julieta Jerusalinsky, M. Cristina Kupfer, Marie-Cristine Laznik, entre

³⁷ Esse não é um consenso no campo psicanalítico, ainda que seja unânime a ideia de que o sujeito do inconsciente não tenha idade. Há um grupo que pensa a estrutura psíquica definida desde muito cedo, por operações lógicas que prescindem do desenvolvimento, crescimento e maturação; em contrapartida, os autores referidos fazem parte do grupo que concebe, na infância, o cruzamento entre desenvolvimento e estruturação psíquica, portanto, os tempos cronológico, evolutivo e do desenvolvimento são necessários para a efetuação da estrutura (Kupfer e Bernardino, 2018).

outros grupos e instituições brasileiras que se debruçam a respeito³⁸.

De todo modo, o que os autores buscam esquematizar são manifestações de sofrimento que costumam aparecer em virtude de algum desarranjo no corpo do bebê e de suas (in)competências e/ou nas dificuldades no laço com o Outro, como: atrasos globais do desenvolvimento, estados de irritação e hipervigilância, perturbações no sono, dificuldades e recusas alimentares, alterações no sistema tônico-postural, difícil sustentação do olhar, ecopreses retentivas, atrasos na fala, infecções de repetição, indiferença e apatia em relação a seus cuidadores, retraimento, dificuldades de interação, pouca responsividade diante dos apelos das pessoas, entre outros (Crespin, 2004; Kupfer et al. 2009; Fernandes, 2012; Jerusalinsky, J. 2015).

Ainda que esses sinais e sintomas apareçam nos bebês, há uma maleabilidade própria desse período da vida, quando a intervenção precoce possibilita que os quadros não se fechem de modo patológico. É partindo desse pressuposto que a ideia de prevenção e de detecção precoce se tornaram importantes eixos clínicos de leitura e intervenção das manifestações na primeira infância.

As ideias de prevenção e detecção precoce não são próprias da psicanálise, mas foram importadas do campo da saúde para integrarem as formulações e discussões sobre a saúde mental dos pequenos humanos.

De acordo com o Caderno de Atenção Primária do Ministério da Saúde (2010), a questão do rastreamento e do diagnóstico ou detecção precoce de doenças é tema relevante na prática da Atenção Primária à Saúde, uma vez que o processo de medicalização social intenso pode gerar intervenções diagnósticas e terapêuticas excessivas e, por vezes, danosas (iatrogenia) (Ministério da Saúde, 2010).

A detecção precoce compreende uma das categorias da prevenção (que se baseia no constructo da Medicina) e tem como premissa reduzir os riscos de alguém adquirir uma doença,

³⁸ Não iremos apresentar detalhadamente as ideias de todos os autores. Sugiro ao leitor:

- 1) Crespin, G.C. (2004). Os sinais de sofrimento psíquico. *In: C.G. Crespin. A clínica precoce: o nascimento do humano.* (pp. 47-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 2) Fernandes, C. M. (2012). A psicopatologia do bebê: o sofrimento precoce. *In: C. M. Fernandes. O sofrimento na pequena infância: uma introdução à psicopatologia do bebê* (pp. 33-64). Campina Grande: EDUFGC.
- 3) Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. *In: M. Kamers, R.M.M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.). Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 103-115). São Paulo, SP: Escuta.
- 4) Kupfer, M. C. *et al.* (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68
- 5) Laznik, M. C. A questão da importância do Protocolo PREAUT. *In: Wanderly, D.; Catão, I.; Parlato-Oliveira, E. Autismo: perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica.* São Paulo: Instituto Langage, 2018.

pois muitas afecções e quadros têm maiores chances de cura, sobrevida e/ou qualidade de vida, se diagnosticadas o mais cedo possível. O rastreamento de pessoas sob risco é indicado quando a identificação precoce pode trazer mais benefícios do que prejuízos ao indivíduo (Ministério da Saúde, 2010).

Ainda conforme o documento, as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento, no qual o diagnóstico precoce diz respeito a ações destinadas a identificar a doença em estágio inicial, a partir de sintomas e/ou sinais clínicos (Ministério da Saúde, 2010). Partindo desses parâmetros, essas concepções tornam-se argumentos na construção de instrumentos de acompanhamento e da racionalidade da clínica psicanalítica, a fim de localizar o sofrimento e intervir no trabalho com bebês.

Segundo Bernardino (2016), prevenção em saúde mental no campo da infância corresponde à noção de evitar a instalação de uma psicopatologia grave durante os primeiros anos de vida, ao considerar as consequências para a estruturação psíquica e desenvolvimento. Partindo da ideia de que a primeira infância é o período em que se estabelecem as estruturas primordiais para a vida psíquica, bem como a neuroplasticidade do sistema nervoso, a autora assinala que o bebê humano é bastante receptivo ao que vem de seu entorno e que o ambiente incide no seu desenvolvimento social, motor e cognitivo, assim como na entrada no mundo simbólico.

Detectar bem cedo sinais de possíveis riscos psíquicos é de suma importância, a fim de que sejam criadas condições de acionamento da plasticidade cerebral, com o intuito de que tais sinais não se tornem sintomas de uma psicopatologia e que essa se torne o funcionamento psíquico a partir de então, defende Bernardino (2016).

A intervenção em estimulação precoce envolve a prevenção de um dano e aponta para a redução o máximo possível das limitações que uma patologia possa impor a um bebê, uma vez que nos primeiros anos de vida, maturação, crescimento, aquisições instrumentais e constituição do sujeito estão imbricadas, de modo que em nenhum outro momento da vida passam por modificações tão radicais (Jerusalinsky, J. 2002).

Nesse sentido, os profissionais da saúde (pediatras, enfermeiros e médicos de família e comunidade) têm papel importante na detecção precoce do sofrimento psíquico, visto que são eles que recebem os bebês com certa regularidade ao longo da primeira infância (Jerusalinsky J., 2015).

Antes de aparecer um sinal de sofrimento, acontece primeiramente o não surgimento de uma produção/aquisição que seria de se esperar no desenvolvimento típico, aponta Jerusalinsky, J. (2015). Portanto, faz-se necessário intervir diante desses sinais de sofrimento, antes que os

sintomas apresentados se fixem num quadro patológico específico.

Em vista disso, Jerusalinsky J. (2015) é contundente ao se manifestar contra a ideia de precisar fechar um diagnóstico para iniciar um tratamento, uma vez que não é necessária a configuração de uma patologia para haver intervenções – o que vai na contramão do funcionamento da lógica médica.

Deste modo, o conhecimento que a clínica com bebês trouxe não vai na direção de procurar diagnosticar cedo, signos relativos a quadros psicopatológicos específicos, fechando um diagnóstico de modo preditivo. ... Fechar um diagnóstico em um momento da vida em que a estrutura psíquica não está decidida é produzir uma forçagem pela qual se faz de um bebê objeto de um saber unívoco, submetendo-o a categorias psicopatológicas fechadas, desconhecendo a complexidade da primeira infância como momento de abertura a inscrições. (Jerusalinsky, J. 2015, p. 111)

Ao considerar a infância como um estado de inacabamento, Bernardino (2004; 2015) ressalta que não é contra a realização do diagnóstico em si, mas indaga as condições em que esse é feito e salienta que a certeza diagnóstica não se aplica à infância. Na infância, um diagnóstico é escrito a lápis. Desse modo, o tempo conta, uma vez que a estrutura psíquica do sujeito não nasce pronta. É necessário o transcorrer do tempo para que o contexto em torno do bebê possa produzir efeitos de inscrição na linguagem e filiação, além de apostar nas respostas do sujeito. É a partir dessa ideia que se sustenta a noção de prevenção em psicanálise, na valorização do saber inconsciente dos pais e da história familiar para a constituição do psiquismo de uma criança (Bernardino, 2016).

A prevenção em saúde mental pela psicanálise corresponde à aposta no sujeito, já que a infância corresponde ao entrecruzamento de diferentes tempos: o tempo em que a família aguarda e sonha o futuro do bebê; o tempo cronológico do desenvolvimento, próprio da espécie humana, o qual corresponde às fases de maturação e crescimento; e o tempo lógico do sujeito, próprio das operações psíquicas da estruturação da subjetividade (Bernardino, 2016).

Nessa encruzilhada de tempos, em que um tempo retroage sobre o outro, a noção de prevenção se inscreve no sentido de considerar a urgência do tempo cronológico e dar ênfase à antecipação do sujeito que deveria surgir, mas que se percebe em risco de não aparecer ou de se fixar em defesas maciças que anunciam uma psicopatologia. (Bernardino, 2016, p. 27)

Mariotto e Bernardino (2012) demarcam a diferença entre prevenção técnica e a prevenção ética pelo viés psicanalítico. A respeito da técnica, é aquela prevenção que se pauta no ideal de normatização, a qual pretende calcular e prever com garantias os efeitos da ação presente no futuro, de cortar o mal pela raiz, desconsiderando “o improvável, o imprevisível e o impossível. Porém, não podemos nos resguardar do impossível, pois é dessa matéria que somos forjados” (Mariotto & Bernardino, 2012, p. 714).

Já a prevenção ética altera em alguma medida a noção de tempo, tal qual a psicanálise propõe, ao sustentar o tempo *a posteriori*, uma vez que é *só depois* que o sentido se verifica em

relação ao antes. Contudo, nesse sentido prevenir seria também algo da ordem do impossível, na medida em que nunca será possível pré-ver os resultados que qualquer intervenção no presente produzirá no futuro. Será somente no futuro que o sentido se verificará em relação ao antes. "Prevenir em termos psíquicos é estar alerta quanto às possibilidades de um sujeito surgir a despeito de suas dificuldades orgânicas, sociais ou familiares" (Mariotto & Bernardino, 2012, p. 714).

Crespin (2016), em referência ao conceito freudiano de *après-coup*³⁹, noção que engloba concepções de temporalidade e causalidade psíquicas no trauma, aponta para um não determinismo linear, considerando uma ação do passado sobre o presente. Somente aqueles eventos e vivências que ficaram sem uma significação, fora de sentido, serão reorganizados a partir de um segundo acontecimento.

A ideia de que não é no primeiro encontro do sujeito com um evento que se produz o trauma, e de que **é preciso um segundo encontro, um segundo evento, a favor do qual o primeiro irá adquirir sentido** [grifo nosso] e o sintoma se organizará retroativamente parece-me aplicável não somente à questão traumática, mas à questão do sintoma simplesmente. (Crespin, 2016, p. 131)

Nesse sentido, ainda que não seja possível antecipar a maneira pela qual o evento (primeiro ou segundo) será tratado pelo sujeito, é justamente neste tempo dois, onde haverá a significação, que a prevenção poderá operar, por meio de uma escuta atenta quando algo se enoda para o sujeito (Crespin, 2016).

Este tempo dois, tempo do sentido e da significação, não seria oportuno para a construção de formulações próprias, pelos pais, quanto aos diagnósticos, ainda que provisórios, de seus filhos? Assim, o diagnóstico poderia compor o trabalho de prevenção, sem que seja evitado?

Em contrapartida a essas ideias, as noções de prevenção e detecção precoce não são unânimes no campo psicanalítico. Para Fernandes (2012), existe uma intrínseca relação entre prevenção e ideal, notório quando a criança não encarna o ideal de realizar uma promessa; portanto, tal desvio à norma deve ser corrigido.

A autora também comenta que o conceito de prevenção parece naturalizado como garantia, uma vez que se houver uma intervenção a tempo será possível evitar o indesejável – o que não corresponde às próprias concepções de temporalidade para psicanálise e deixa

³⁹ O *só-depois* (tradução corrente no campo) envolve uma noção temporal em que o sentido apenas se dá ao final. Um exemplo é quando escutamos ou lemos uma frase, em que o início da oração somente encontra sua significação quando ela se encerra. Lacan (1957/1999) chama esse "encerramento" de "ponto de estofo" ou "ponto de basta", em que os significantes são imbuídos de uma anterioridade, já que a significação decorre da ligação em cadeia dos anteriores e após o último ser revelado é que o sentido advém.

evidente um aspecto ideológico embutido na prevenção: a crença de que é possível controlar um Outro suposto, fora do sujeito.

Por mais planejado e calculado que seja a estratégia de uma prevenção, existirá sempre um ponto, uma questão, um aspecto que irá escapar, já que o real, o impossível de acedermos e que insiste em se repetir, trará sempre a dimensão de que nenhuma prevenção dará conta deste real. A prevenção aparece como uma modalidade de resposta ao real. Ou seja, tentamos a cada dia nos proteger e nos prevenir das contingências das irrupções do real. (Fernandes, 2012, p. 80)

Outro ponto de divergência refere-se à concepção sobre psicopatologia que sustenta a ideia de prevenção e detecção precoce, ficando implícito o fato de a neurose ser tomada como referente e condição de normalidade a ser esperada; portanto, diferentes respostas à castração e estruturas psíquicas (como a psicose e o autismo) são lidas como sendo falhas e/ou *déficits* em relação à neurose.

Arantes e Rosi (2020) salientam para a necessidade de tratar as questões da prevenção e dos sinais de risco também sob a égide da dimensão política, “uma vez que os esforços preventivistas no campo da saúde mental produzem práticas que remetem aos movimentos higienistas do início do século passado” (p. 122), sendo produtoras de exclusão social, já que operam pela avaliação de quem tem ou não uma capacidade, com base em um referente de normalidade.

Diante disso, questionamos, com Katz (2019) qual concepção de infância está instituída nessas proposições de prevenção e detecção precoce, já que uma concepção de infância sempre está acompanhada de um ideal de família e de normalidade.

Nesse sentido, a análise das práticas de cuidado propostas às infâncias hoje, no Brasil e no mundo, deve considerar o problema ético que se institui quando se entende como única a experiência de todas as crianças porque, repito mais uma vez, esse entendimento se articula a um certo ideal social de infância. (Katz, 2019, p. 89)

Fernandes (2019) aponta para as armadilhas da prevenção, ao ser descontextualizada do contexto socioeconômico e das circunstâncias de vida daquela família, em que a precariedade econômica, a vulnerabilidade social e as barreiras de acesso à rede de serviços de saúde pública influenciam nas condições do laço estabelecido e podem ser enquadradas como sinais de risco. É preciso, portanto, defende a autora, que haja um saber técnico socialmente contextualizado na primeira infância.

Diante dessas diferentes perspectivas e argumentos, fica notória a dificuldade e o esforço para articular discursos antinômicos, como o psicanalítico e o médico, sustentados em múltiplas territorialidades e contextos socioeconômicos, para fomentar as políticas públicas de saúde para a primeira infância.

Frente a esse malabarismo, o IRDI (Kupfer et al., 2009) surge como mais uma tentativa

de transitar nessas vias impossíveis de convergir, com a premissa de sustentar o lugar do sujeito, reintroduzi-lo nas práticas excludentes da ciência, apostar no laço, considerar a vida psíquica dos bebês e supor um possível sofrimento decorrente da desconexão com seus cuidadores. Na negociação de interlocução com outros campos de saber, o instrumento acabou se banhando em outras balizas que não somente as estritas à psicanálise – readequação necessária para cumprir os critérios do Ministério da Saúde (Kupfer & Bernardino, 2018).

Desse modo, mesmo contornando e não levando aos diagnósticos dos sistemas classificatórios da medicina (CID e DSM), a própria noção de risco (que não é própria à psicanálise), usada nos IRDIs, é um exemplo de diagnóstica, já que opera diante do binômio normal-patológico do que está presente-ausente e é regido pelas mesmas matrizes foucaultianas do que é a clínica (Foucault, 2021a/1963): organizam-se e formalizam-se os signos por meio de indicadores de referência (semiologia), recorta-se e agrupa-se sinais que permitam localizar o que aquele agrupamento diz do quadro, se há risco ou não (diagnóstico), formulam-se intervenções visando à aquisição de habilidades que pretendem a constituição subjetiva, o estabelecimento do laço, a entrada no campo da linguagem, presentificando indicadores ausentes (terapêutica), deixando evidente que a causa do quadro reside no âmbito psíquico e no enlace (etiologia).

No mesmo caminho, a própria diagnóstica de “risco” padece de efeitos semelhantes quanto aos desdobramentos e variações nomeantes e das renomeações dos diagnósticos ao longo do tempo: risco para o desenvolvimento infantil (Kupfer et al., 2009), risco para a constituição psíquica (Jerusalinsky, J., 2002, 2014), risco para o vínculo mãe-bebê (Batthikha et al., 2007), riscos psíquicos precoces (Mariotto & Bernardino, 2012), risco de autismo (Laznik, 2009), detecção de risco de estruturação autística e psicótica (Bernardino, 2015), risco de se tornarem autistas ou psicóticos (Visani & Rabello, 2012). É como se essa nomeação fosse sendo renomeada por quem a toma como objeto a ser debatido e, a cada leitura, os autores situam algo diferente, e, ao colocarem algo de si, renomeiam o risco. Seriam aqui nomeações dos próprios autores sobre o risco ou são maneiras de driblar os efeitos da importação de risco para o campo psicanalítico?

Kupfer e Bernardino (2018) reconhecem que a palavra risco não é comum ao campo psicanalítico, mas é essencial do ponto de vista da saúde pública, portanto, a escolha por seu uso seria uma tentativa de se aproximar com a semiologia pediátrica, no intuito de articular políticas públicas. Além disso, as autoras apontam que o IRDI é um roteiro de trabalho, o qual indica nortes como referência de leitura para algo muito difícil de acompanhar: o nascimento de um sujeito. Outro objetivo dessa formalização é de ser um veículo de difusão da psicanálise,

de seus princípios e balizas, capaz de atingir outros profissionais e a cultura, para que a psicanálise sustente um lugar na *pólis*.

Por que é importante que um sujeito se constitua? Para um bebê não ficar privado de seu principal instrumento de estar no mundo: sua linguagem e possibilidade de dizer sobre si, independentemente de quem venha a se tornar. Uma possibilidade que só pode ser exercida se um sujeito do inconsciente e do desejo tiverem sido constituídos. Assim, não se trata de prever no que ele se tornará, nem de evitar que “fique doente”, mas apenas de buscar as condições para que um bebê surja como um sujeito e construa seus principais instrumentos para existir como sujeito desejante. (Kupfer & Bernardino, 2018, p. 65)

Em contrapartida, Arantes e Rosi (2020) são contundentes em afirmar que, mesmo deslocado de um sistema classificatório de grande alcance, parece iatrogênico reconhecer e sistematizar manifestações do bebê por meio de signos verificáveis. Além disso, pode produzir efeitos de antecipação diagnóstica sobre o desenvolvimento de uma criança, em que a busca de sinais deficitários na investigação clínica pode levar o clínico a deixar de escutar o sofrimento.

Ainda que apresentem discordâncias, o que as ideias de prevenção, detecção precoce e risco trazem de relevante para o campo são novas formas de abordar a saúde mental infantil, seu acompanhamento longitudinal, o sofrimento na infância, o cuidado com os pais e com a relação entre ambos. Contribuições que colocam em movimento e promovem diferentes modos de fazer clínica, pareando distintos discursos, na tentativa de favorecer uma “conversação” possível. Por mais que não seja de unânime acordo pelo campo psicanalítico, são construções que agregam ao debate e alcançaram um lugar de relevância nas políticas públicas de saúde no Brasil (Kupfer & Bernardino, 2018). O que parece ser consonante, todavia, são posições refratárias quanto aos diagnósticos psicopatológicos na primeira infância, por diversos autores que se debruçam sobre esse campo.

Para Bernardino (2015; 2016), a formulação de diagnósticos precoces de psicopatologias na infância pode ter um efeito danoso e iatrogênico, de predição da doença, como uma profecia autorrealizável, em que se antecipa algo que, em virtude dessa antecipação, será confirmado posteriormente.

A predição, no extremo oposto da prevenção, acaba muito mais *produzindo* a doença, ao orientar a atenção dos pais e terapeutas para os sintomas que a criança *deve ter* para possuir a dita patologia que se diagnosticou, no sentido de uma *profecia autorrealizável*. Os pais, os cuidadores, passam a relacionar-se com a doença e não com a criança que supostamente a possui. O lugar de identificação apontado para a criança é o lugar da patologia, **num efeito iatrogênico desastroso** [grifo nosso]. (Bernardino, 2016, p. 27)

São muitas histórias clínicas que ouvimos que deixam supor **o efeito deletério da formulação precoce de um diagnóstico fechado** [grifo nosso] de determinado quadro clínico; observamos como a previsão de sintomas e impedimentos pode conduzir a uma série de elementos patológicos a que a criança estaria “predestinada”, muito mais pela força da palavra médica que pela patologia propriamente dita, que em muitos casos nem chega a se confirmar. (Bernardino, 2015, p. 351).

Outros autores também concordam com essa premissa. Jerusalinsky, J. (2015) faz objeção à ideia de patologização precoce, pois, muitas vezes, os quadros não estão, de fato, elucidados, podendo sublinhar e fixar a patologia em detrimento da dimensão da infância:

Cumpra-se assim o mecanismo das profecias autorrealizáveis, em que os supostos agentes de saúde introduzem, eles mesmos, no horizonte simbólico da vida de um bebê e de seus pais, o diagnóstico da patologia como um saber definitivo. Desse modo, **o diagnóstico assume o valor preditivo do destino de um sujeito que amalgama o quadro nosográfico à dimensão ôntica do ser** [grifo nosso]. Nessa lógica, um bebê ou pequena criança “é autista”, “é hiperativo” e assim por diante (p. 113).

Na medida em que a criança recebe um nome por uma nomenclatura genérica de um saber especializado, o discurso familiar é substituído por uma cena que envolve os especialistas, assim, acaba excluindo os pais, assinala Kamers (2020). A autora também indica que um diagnóstico de um transtorno pode “decidir” sobre a estruturação do sujeito, ao se tornar um elemento prevalente sob o qual será reconhecido pela família e profissionais de saúde:

Em tal contexto, a nomeação (sic) precoce pode provocar um deslocamento da identidade atribuída à criança, na medida em que produz efeitos em seu lugar no fantasma parental. Aqui, no lugar de detentores de “um saber parental sobre a criança”, os pais se tornam “funcionários do discurso médico”, apagando-se como sujeitos e seguindo à risca as prescrições desse discurso. (Kamers, 2020, pp. 223-224)

Vorcaro (2011; 2015), ao discorrer acerca dos paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças, alerta para os efeitos negativos que qualquer diagnóstico produzirá na infância, incidindo na desapropriação de sua filiação originária:

Nessa perspectiva, **qualquer diagnóstico, apesar de se supor posterior ao funcionamento psíquico registrado, promove uma aposta e, por isso mesmo, pode configurar uma sentença** [grifo nosso]. Assim, a vulnerabilidade da criança ao diagnóstico pode ser virulenta, pois ao enquadrar a criança em um diagnóstico se lhe oferece um nome e lhe confere um lugar, pois define o que a criança será. (Vorcaro, 2015, p. 126)

Essa condição iatrogênica do diagnóstico [grifo nosso] assentado sobre o alicerce do método de observação transcritiva do DSM é constatável no efeito bumerangue que amplifica a ordem de grandeza dos quadros clínicos na medida em que atesta um rigor científico capaz de excluir o saber parental ordinário constitutivo do laço social de qualquer criança. Reduzida à orientação do saber médico, a criança perde sua linhagem cultural originária. Nela, decalca-se um nome que, além de anônimo, a classifica como pertencente a outra família: de genealogia médica. (Vorcaro, 2011, p. 219)

Tais ideias estão em consonância para Rosa e Lacet (2012), que comentam sobre um possível efeito e alertam para o risco de o nome do diagnóstico se sobrepor à nomeação simbólica e encobrir o desejo parental de filiação. O desejo anônimo da Ciência, somado a uma nomeação genérica, pode provocar filiações nem sempre simbólicas e acarretar a possível primazia do significante “criança” em prol do significante “filho” no processo de parentalidade.

Esses posicionamentos vão além de ressalvas e objeções. Sugerem que o diagnóstico, enquanto componente do discurso médico, é estritamente nocivo e atroz; e que o imperativo

metodológico pelo qual o discurso médico opera é adverso e adversário ao discurso psicanalítico. A difícil sustentação da antinomia discursiva transforma-se em disputa de poder, uma em detrimento da outra, ficando evidente que a psicanálise também é um elemento integrante nessa corrida para alcançar o lugar de qual saber sabe sobre a infância.

Podemos assim conjecturar que a formação de compromisso coletiva a qual permeou o campo psicanalítico, lançando o diagnóstico como algo nocivo e que precisa ser combatido, já que as repercussões são, majoritariamente, deletérias e iatrogênicas, dizem de um pretense ideal de que seria possível salvar as crianças dos riscos. Em contrapartida, se não há a revelação de um diagnóstico, não haveria, também, consequências negativas?

Questionamos, portanto, já que a revelação de um diagnóstico pode ter um efeito iatrogênico, quando realizado de maneira imperativa, da posição da mestria médica – portanto: a posição de resistência, evitação e contorno da temática, por parte dos psicanalistas, também poderia provocar um efeito iatrogênico?

Akimoto Junior (2016), ao discutir em sua pesquisa sobre o potencial iatrogênico da psicanálise, sublinha que qualquer tratamento que se proponha a curar, também tem potencial para produzir efeitos danosos. Diferentemente das áreas da Medicina e Farmacêutica, por exemplo, no campo da saúde mental, as preocupações com a terapêutica e os efeitos são mais difíceis de serem identificados e mensurados, pois “há grande dificuldade em identificar o que de fato poderia ser considerado um efeito iatrogênico, bem como em conseguir articular algum tipo de relação de causa e efeito entre o fenômeno observado e o tratamento utilizado” (p. 254). Além disso, o papel dos profissionais de saúde se torna um obstáculo, ora por não compartilharem experiências de erro e fracasso, ora por não acreditarem que efeitos iatrogênicos possam ser produzidos.

Em sua pesquisa, Akimoto Junior (2016) localiza que existem iatrogenias causadas no interior do dispositivo clínico, a partir de uma atuação dolosa ou culposa do profissional. A dolosa diz respeito a condutas em que o profissional, deliberadamente, age com ação de prejudicar o paciente. Já a culposa refere-se a um ato realizado sem que o agente fosse capaz de saber quais seriam as consequências ou os resultados de seu ato. Desse modo, entre as culposas, Akimoto Junior elenca e classifica três categorias de iatrogenia: por imperícia, por negligência e por imprudência. A imperícia está relacionada a algum vício, erro ou falta de domínio na aplicabilidade da técnica, seja por incapacidade, falta de habilidade ou experiência do profissional em seu ofício.

Já a imprudência está relacionada à cautela necessária para a condução de um tratamento, ou seja, a importância de não tomar ações precipitadas sem ter ainda maior clareza acerca da

condição do paciente e de suas necessidades, não agir de modo apressado ou assumir riscos desnecessários, atuando sem a devida precaução ou cautela, de forma descuidada, sem atenção aos padrões que deveriam orientar sua conduta. (Akimoto Junior, 2016, pp. 192-193)

Por sua vez, a negligência diz respeito às omissões ou descaso por parte dos profissionais, havendo falta de cuidado, diligência ou atenção a determinados aspectos e procedimentos, deixando que seus interesses, aspectos pessoais ou crenças se sobreponham ao do paciente e/ou criem um obstáculo ao tratamento (Akimoto Junior, 2016).

Sustentados nesse exame feito por Akimoto Junior, podemos concluir que a iatrogenia a que os psicanalistas fazem referência, quanto aos diagnósticos na primeira infância, é a por imprudência (do lado médico). Todavia, o reiterado movimento psicanalítico, apoiado em possíveis crenças preestabelecidas sobre os diagnósticos médicos ou, ainda, a retirada do psicanalista sobre essas discussões, podem ser tão danosas quanto as iatrogenias por imprudência. Principalmente quando, em nossa época, as nomeações diagnósticas têm ganhado tamanha proporção e ascensão, englobadas na prática discursiva da medicalização da vida, como vimos, e têm sido frequentemente difundidas no tecido social, não sendo mais restritas ao campo técnico dos profissionais.

Desse modo, o que nós, psicanalistas, podemos fazer (de novo) diante dos diagnósticos em bebês e crianças? Parece que conservar um posicionamento refratário, denunciativo e dizer que eles são negativos são ações que não têm sido suficientes, além de não fazer com que a lógica deixe de existir. Seria possível pensarmos a revelação e a nomeação de um diagnóstico de outra maneira? Até porque os diagnósticos não necessariamente se restringem a diagnosticar doenças, eles também diagnosticam situações, estados e momentos. Esta pesquisa, portanto, tem por intuito principal trazer indagações para o campo e para o debate psicanalítico.

Ainda que em diversos casos clínicos, não os diagnósticos, propriamente ditos, mas o modo como cada um recebeu e foi possível trabalhar as significações dos diagnósticos, tenham tido efeitos negativos para o laço e para a constituição subjetiva, não podemos tomá-los como referentes em sua unanimidade negativa, deixando de lado o improvável e o imprevisível da condição humana. Apesar da máxima “cada caso é um caso” ser bastante utilizada, em nossas pesquisas, não encontramos trabalhos sequer mencionando outras possibilidades e diferentes desdobramentos, como um contraponto dos efeitos de um diagnóstico na primeira infância. Essa constatação nos faz perguntar se de fato não existem outras reverberações ou se isso tem mais a ver com os pressupostos e preconceções dos próprios psicanalistas, o que, portanto, acarreta recortes em suas experiências e escritos clínicos. Essa não passa de uma hipótese e indagação, uma vez que não encontramos pesquisas experimentais que pudessem atestar o contrário ou, ainda, demarcar a frequência e incidência negativa da repercussão, para os pais,

de diagnósticos psicopatológicos em seus filhos.

O movimento de resistência e do enfoque deletério dos diagnósticos soa como um argumento por vezes deslocado da realidade das instituições de saúde e das políticas públicas de saúde e assistência, as quais, por sinal, são sustentadas por tais parâmetros; deslocado dos debates sobre a sociologia do diagnóstico e das mudanças do próprio discurso social a respeito das lógicas diagnósticas. Do nosso ponto de vista, essa reiterada posição por parte dos psicanalistas parece que foi se distanciando de uma articulação sociopolítica, restando um resíduo sintetizado de descrença e invalidação do campo médico e de disputa de poder, que não se sustenta quando um analista está inserido como um agente de saúde na linha de frente em uma instituição pública de saúde. *Eis a aposta que tive de fazer trabalhando em uma instituição de saúde: a de que o diagnóstico poderia ter outro desdobramento para os pais, que não, necessariamente, pernicioso, e de que haveria também de provocar enlaces, não somente desenlaces.*

Diante dessa aposta, existe uma diferença entre sustentar, de um lado, que o diagnóstico possa nem sempre levar a uma tragédia e, de outro, afirmar que ele leva a dois fenômenos recorrentes que se entrelaçam na contemporaneidade: a medicalização e a psicopatologização da infância.

A medicalização foi definida por Foucault (1974/2010) como a transformação de aspectos da vida em objeto da medicina, por meio da expansão de sua jurisdição, intervenções no cotidiano e regulação do tecido social. Por consequência, há a redução de questões muito mais amplas, as quais deveriam envolver a análise de outros campos do saber (como a sociologia, política, antropologia, economia etc.), ao domínio de um campo: o médico.

Guarido (2008) sinaliza que a medicalização é, antes, um conceito que pode ser aplicado a diferentes esferas da vida, vinculada a uma prática discursiva que tem forte presença desde o final do século XIX até os dias de hoje. Essa prática discursiva constitui o homem do mundo moderno, sua percepção medicalizada de si e dos eventos que o envolvem e, portanto, aponta “para uma descrição biológica das experiências humanas, para uma retradução de suas vicissitudes em termos sintomáticos e para uma intensificação do uso de medicamentos no alívio das dores cotidianas” (Guarido, 2008, p. 56).

A infância, por sua vez, não ficou de fora dessa transformação. Vista como tempo de desenvolvimento, aquisições e preparo para a vida adulta, a infância se tornou momento profícuo para a prevenção de doenças, debilidades mentais e criminalidade, aumento das aquisições e funções intelectuais e de aprendizagem, com o intuito de corrigir as infâncias anormais e dissidentes, por meio de técnicas normalizadoras. As manifestações subjetivas das

crianças frente a seus pais e no laço, seu sofrimento e dificuldades escolares ganharam novos véus: os de doenças e/ou desordens, circunscritas em diagnósticos e acompanhadas de medicações (Guarido, 2008; Kamers, 2015).

O processo de psicopatologização, por sua vez, envolve tomar aspectos da experiência humana e transformá-los em fenômenos médico-psicopatológicos diagnosticáveis, passíveis de descrição nosográfica e extirpados de um discurso e história, em detrimento de uma concepção mais ampla do que é um sintoma psíquico e do sofrimento. A introdução do discurso médico em outros ambientes tem provocado consequências importantes: a da nomeação de diagnósticos e da prescrição de medicamentos para tratar as dificuldades reunidas sob o nome de um CID (Diniz, 2008).

Jerusalinsky, A. (2011) e Mariotto (2015) denunciam o aumento expressivo de uso de medicamentos pelos pequenos pacientes, em que os remédios não ocupam mais o lugar de exceção. O apelo aos remédios tem como função negar um mal-estar estrutural, ao tomar os sintomas das crianças como perturbações a serem ajustadas, suprimindo as manifestações subjetivas de um sujeito, por meio de um cárcere químico. Desse modo, as manifestações que poderiam ser imputadas à presença de um sujeito acabam sendo reduzidas por justificativas sobre o funcionamento neuroquímico cerebral e, portanto, devem ser controladas por meios farmacológicos.

Segundo Diniz (2008), a palavra do médico, sendo este o detentor da verdade primeira da ciência, tem tamanha dimensão que provocará um efeito de alienação e **“aderência descomunal do sujeito e dos seus responsáveis a essa nomeação de doente, o que muitas vezes sela irremediavelmente um destino [grifo nosso]”**. É frequente notar a substituição do nome próprio das crianças pelo nome do diagnóstico, afirma Mariotto (2015). Para a autora essa tendência diz de um

... emudecimento das singularidades subjetivas, na medida em que as pessoas passam, cada vez mais, a ser definidas por um conjunto de sintomas e patologias determinadas que, como tais, têm por efeito a homogeneização das experiências individuais. Generaliza-se o sofrimento, o mal-estar, a angústia, o “desafino”, destituindo-os da significação particular que estabelecem em cada existência. (Mariotto, 2015, p. 289)

A homogeneização e a generalização que podem ser um dos efeitos das lógicas diagnósticas, parece ser, de fato, o engodo para os psicanalistas, uma vez que a subjetividade não é pluralizada e o interesse particular pelo bebê, ao qual Lacan (1969/2003b) se refere, pode ficar obstruído na função materna e paterna. Contudo, esse efeito não pode ser adesivado ao diagnóstico em si, sugerindo, portanto, uma lógica de causa-consequência negativa, embutida nessa concepção refratária. Ainda assim, é possível que os pais produzam um interesse

particular por seus filhos, por aquele seu bebê diagnosticado ou por aquele seu bebê e aquele diagnóstico de seu bebê, como vemos em grupos de pais que se reúnem e fundam associações e organizações sociais.

A posição reticente e adversa ao discurso médico, as críticas necessárias à medicalização da vida e aos critérios diagnósticos descritivos dos manuais classificatórios parecem engendrar-se, contaminar e enviesar a prática clínica com bebês, focando a escuta em uma preocupação sobre o futuro do bebê, distanciando-se da aposta transformativa que os pais poderão fazer diante disso. Além do mais, esse enfoque deixa de lançar luz à concepção de que a clínica é também formada pela dimensão coletiva e intersetorial sobre os processos de saúde e adoecimento, sendo a educação, a saúde e a assistência social elementos intrínsecos, atravessados pelas dimensões socioeconômicas e políticas (Arantes & Rosi, 2020).

Existem mais de dois séculos de alterações sociopolíticas, em que a Medicina foi ascendendo e assumindo, paulatinamente, poder de regulação social e de medicalização da vida. O maior volume de diagnósticos e de uso medicamentosos, na contemporaneidade, são frações da evolução desse processo. Pode soar ingênuo recortar uma problemática dessa magnitude, que envolve uma série de processos econômicos, sociais e políticos estabelecidos, que estão submetidos ao discurso médico, ao situar que os diagnósticos são um entrave e/ou problema para os bebês e seus responsáveis.

Cabe, portanto, indagarmos se o diagnóstico, elemento estrutural da clínica, é de fato o objeto a ser resistido ou se se trata de um ponto mal escutado que os clínicos pouco consideram e sobre os quais pouco se debruçam a fim de criar condições para que os pais possam produzir uma significação própria, descolada do signo médico ao qual é oriundo, promovendo uma abertura para o sujeito. A prudência quanto ao uso indiscriminado e sem reflexão sobre as atribuições diagnósticas são fundamentais, o que não equivale a suprimi-los ou evitá-los do debate com o argumento de que são perniciosos. Corroboramos com os argumentos de que a primeira infância é um período gerúndio, tempo aberto para novas inscrições e mudanças. Entretanto, e justamente por isso, não podemos tomar os diagnósticos estritamente pelo seu viés negativo.

De acordo com o levantamento realizado sobre as discussões psicanalíticas, notamos que, diante de diagnósticos orgânicos, o enfoque das discussões recai sobre a relação entre cuidador e o bebê e o diagnóstico não é necessariamente tomado como um elemento deletério, parecendo haver mais aposta na produção dos pais do que diante de diagnósticos psicopatológicos. Nesses últimos, as discussões psicanalíticas tomam outras direções: a objeção aos diagnósticos é mais contundente, a necessidade e validade de um diagnóstico na primeira

infância entram em pauta e o que tem primazia é a preocupação com o bebê e o seu futuro, deixando a produção dos pais em um segundo plano. O enfoque sobre o bebê é somado à consideração de que a palavra de um médico parece ter mais força que a dos pais, logo, o efeito nocivo de um diagnóstico que está dado de antemão parece vir atestar o quanto o trabalho com os pais segue sendo o calcanhar de Aquiles da psicanálise com bebês e crianças.

Assim, partindo do pressuposto construtivo e danoso do diagnóstico para a constituição subjetiva, que valor essa perspectiva confere às produções dos pais, à construção da parentalidade e às árduas reorganizações com que eles terão que se deparar frente ao diagnóstico de seus bebês?

5.3 Angústia, luto e sofrimento nos pais

Angústia, luto e sofrimento são elementos centrais para o escopo teórico e balizadores do raciocínio clínico psicanalítico. Foram conceitualizados, desdobrados e comentados com afinco desde Freud, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, e por diversos discípulos, posteriormente. Desse modo, não pretendemos aqui apresentar uma profunda arqueologia longitudinal dessas noções. Contudo, apresentar tais definições, seus avizinhamentos e distâncias, já permeadas e demarcadas pela articulação entre parentalidade e diagnóstico em bebês, tem como norte fomentar a discussão que seguirá nos casos clínicos.

Considerando que o filho imaginado nunca é o encontrado, estamos todos aquém das expectativas e das conjecturas sonhadas por nossos cuidadores. No entanto, o que acontece com os pais quando o **degrau** entre o bebê esperado e o que chega é muito alto? E quando existe um prenúncio de que algo não vai bem com a saúde do bebê? Diante da incerteza do futuro, o que esperar deste pequeno humano?

Na 25ª das “Conferências introdutórias à psicanálise”, nomeada de “A angústia”, Freud (1916-17/2014) faz um importante apontamento a respeito da articulação entre angústia e libido ao notar que existem determinadas fases da vida em que o adoecimento por angústia pode surgir, devido a um aumento da libido, como na puberdade e na menopausa. Nessas fases da vida, para Freud, há uma considerável mistura e substituição entre libido e angústia.

Ante essa constatação, ousaremos incluir nesse rol de fases da vida a parentalidade, em que, certamente, opera uma nova administração da economia libidinal. Em virtude da chegada de um filho, há um acúmulo de libido impedida de ser empregada normalmente (Freud, 1916-17/2014), às custas de inúmeras renúncias próprias desse período da vida. Economia libidinal da parentalidade é o termo que Dunker (2020a) utiliza para falar das mudanças que ocorrem

com o desdobramento da conjugalidade em parentalidade, quando se começa uma família, com a chegada de filhos e dezenas de novas atribuições.

Nessa esteira, pode-se localizar que as primeiras articulações entre libido e angústia estão presentes em Freud, 30 anos antes, desde 1895, quando formulava o quadro de neurose de angústia. Nessa primeira formulação, Freud indica que os distúrbios da vida sexual dos pacientes se davam, pois, com o acúmulo da tensão e excitação sexual das vias endógenas que não se era descarregado por vias adequadas, o que fazia com que o Eu ficasse desamparado. A angústia seria oriunda da transformação da libido, derivada de um acúmulo de excitação e tensão física, que se manifestaria por uma descarga sensorial no corpo, sem qualquer elaboração pelo psiquismo (Freud, 1895/1996).

Freud remaneja, em um segundo momento, a teoria da angústia – construção que pode ser cotejada em textos ao longo das primeiras duas décadas do século XX, segundo Loffredo (2012). Aqui, o psicanalista compreende que a angústia pode surgir como efeito do recalque de um afeto, por meio do deslocamento da libido e da separação entre o afeto e a ideia à qual ele está ligado. Assim, a angústia seria uma amostra de que houve recalque, um anúncio e uma denúncia de que o Eu negou acesso a alguma representação inconsciente, a qual ficou impedida de vir à consciência naquele momento, com o intuito de evitar desprazer. A angústia serviria de indício fracionado para evitar que ideias inaceitáveis gerassem mais desprazer do que essa própria amostra de angústia.

Reformulada mais uma vez, em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926/2014c) constata que a angústia é, também, anterior ao recalque, sendo a própria causadora do recalque e não somente como efeito do recalque, como havia construído nos anos anteriores. A angústia passa a ser vista como “sinal de perigo”, articulada à ameaça de esmagamento ou aniquilamento do Eu; portanto, tem uma função defensiva e de apoio ao Eu. Ela seria, assim, uma antecipação, pelo Eu, de um perigo (interno ou externo) diante de exigências pulsionais incongruentes e/ou conflitantes, que poderiam provocar muito desprazer no aparelho psíquico. Assim, Loffredo (2012) sinaliza que existem dois tempos da produção da angústia:

O que pretendemos demonstrar é que pode haver, do ponto de vista da relação entre angústia e repressão [recalque], dois tempos na produção da angústia: ela surgirá, sempre, **em situações de conflito** [grifo nosso] ... como condição necessária para colocar o processo defensivo em andamento, mas poderá ainda aparecer, também, como consequência da repressão [recalque], dependendo do destino da libido retirada dos representantes pulsionais (pp. 126-127).

Já que angústia é uma reação-sinal do Eu diante do perigo, Freud analisa que os determinantes do perigo, em linhas gerais, envolvem a separação, falta ou perda do objeto, ou de seu amor, condições que anunciam um possível desamparo psíquico. Contudo, outra reação

também surge diante da perda do objeto: o luto. Portanto, questionamos com o autor “quando é que a separação do objeto traz angústia, quando ocasiona luto e quando apenas dor, talvez?” (Freud, 1926/2014c, pp. 119-120).

Na tentativa de responder a essa questão, Freud assinala que a angústia surge quando há o perigo da perda do objeto; a dor quando há a perda propriamente dita do objeto; e o luto quando, após o exame da realidade, há a necessidade de se desprender do objeto, pois ele não existe mais (Freud, 1926/2014c).

Partindo dessa tentativa de distinção, podemos dizer que frequentemente esses elementos (angústia, luto e dor) podem estar em jogo na parentalidade daqueles que têm um bebê com um diagnóstico médico, se levarmos em conta que a perda não necessariamente se encontra na materialidade da vida, mas sim nas possibilidades de *vir a ser* na vida, na perda de um ideal; o que, evidentemente, suscitará pensamentos e sentimentos ambivalentes nos pais.

A reação à perda daquilo que se ansiava, principalmente, da majestade, o bebê, que viria a reatualizar o narcisismo (abalado) dos pais, precisa ser levada em conta, porque, acompanhada da angústia, coloca em cena diferentes maneiras sobre como os responsáveis poderão ou não conseguir cuidar de sua prole; considerando o processo de luto corrente e a acentuada disparidade entre o bebê da realidade e o sonhado.

Se em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud indicava que a angústia é uma reação-sinal ante a perda de um objeto, no seminário 10: a angústia, Lacan (1962-1963/2005) sublinha que “a angústia não é sinal de uma falta, mas de algo que devemos conceber num nível duplicado, por ser a falta de apoio dada pela falta” (p. 64). Para o psicanalista francês, o que provoca a angústia é a impossibilidade da falta, pois “não se trata da perda do objeto, mas da presença disso: de que os objetos não faltam” (p. 64), ou seja, a angústia não é sem objeto.

Nesse seminário, Lacan (1962-1963/2005) avança na discussão e assinala que a angústia aparece quando havia algo ali já conhecido, por perto, que nos é familiar, mas estranho (*unheimlich*), o que irá provocar hesitação diante da surpresa:

O que quero acentuar hoje é apenas que o horrível, o suspeito, o inquietante, tudo aquilo pelo qual traduzimos para o francês, tal como nos é possível, o magistral *unheimlich* do alemão, apresenta-se através de claraboias. É enquadrado que se situa o campo da angústia. ... “Súbito”, “de repente” - vocês sempre encontrarão essas expressões no momento da entrada do fenômeno do *unheimlich*. Encontrarão sempre em sua dimensão própria a cena que se propõe, e que permite que surja aquilo que, no mundo, **não pode ser dito** [grifo nosso] (p. 86).

Assim, a angústia é o corte que incide nas fendas entre um significante e outro, deixando à vista o inesperado e, por vezes, de difícil apreensão. Desse modo, a angústia é sinal do Real, que, ao provocar uma descontinuidade temporal, assume caráter de uma dúvida e um vazio de significação, pois leva o sujeito ao “não saber, ao certo, o que isso quer dizer, ainda que queira

dizer alguma coisa”, numa experiência de **indeterminação de sentido**. “A dúvida, o que ela depende de esforços, serve apenas para combater a angústia, e justamente por meio de engodos. Porque o que se trata de evitar é aquilo que, na angústia, assemelha-se à certeza assustadora” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 88).

Por esse ângulo, qualquer bebê será, em alguma medida, um estranho para os pais, e sua chegada provocará surpresa e dúvidas, ideias e sentimentos conflitantes e frequentes desencontros, principalmente pelo fato de os pais terem que se dar conta de que o bebê é um outro.

Todavia, diante do encontro com o bebê, é preciso que alguém seja capaz de fazer o reconhecimento de *um bebê*, para, num segundo momento, alguém poder reconhecer *um bebê* como sendo *seu bebê*, pois lhe atribuiu essa pertença e localização em seu desejo - fato que está associado ao investimento narcísico de um adulto. Após esse reconhecimento, parte-se para o processo de conhecer o bebê (Iaconelli, 2013).

Reconhecimento, em suas duas formas, e conhecimento são posições fundamentais do exercício da função materna, ou seja, que se considere um bebê, que ele pertença a alguém que o engloba em seu narcisismo e que este alguém também seja capaz de suportar o corte da estranheza que faz do bebê um outro. (Iaconelli, 2013, p. 108)

Nesses processos, por vezes, pode haver uma vacilação e um vazio de sentido e significação, principalmente em situações em que o bebê recebe um diagnóstico após o parto ou está em investigação diagnóstica durante os seus primeiros meses de vida. Comumente, muitos pais, solicitam ou exigem um diagnóstico na intenção de obturarem esse vazio, contornar a angústia advinda do real e de fazer surgir um sentido diante daquele que recém chegou ao mundo – como podemos notar na súplica de Paula, em um dos casos clínicos que serão apresentados nesta pesquisa: “*Eu preciso saber o que ela tem para saber o que fazer*”.

Na díade reconhecimento-conhecimento, o que está em jogo são processos de identificação, necessários à construção da parentalidade, como já foi dito anteriormente, mas que também atravessam a problemática do luto. Nesse último, faz-se necessário que haja uma passagem do reconhecimento da perda para a sua simbolização, marcada por uma recomposição e acomodação das identificações, surgindo uma identificação nova ou a transformação de uma identificação antiga (Dunker, 2023).

Por vezes, pode surgir a dificuldade de os adultos responsáveis reconhecerem seus bebês como sendo deles e de o investirem narcisicamente. O que os pais verão ao olharem para seu bebê? Nada sabemos de antemão. Embora o esperado seja algo em torno de uma ilusão, de um engodo:

Ilusão antecipatória de sujeito, que se estabelece na relação com o inconsciente, com o discurso do outro e com a passagem do biológico para o corpo erógeno, ou seja, entre corpos. Uma mãe [quem faz a função materna], nos primeiros contatos com o bebê, diante desse estranho deverá atribuir-lhe algo seu, digamos, deverá ser capaz de ver-se no bebê, para que este possa ser reconhecido na filiação como sendo o bebê dela e do pai por ela escolhido. Mas ao mesmo tempo, ela deverá deixar necessariamente em aberto um espaço para vir a conhecê-lo, quer dizer, admiti-lo como outro, inédito, estranhá-lo, não reconhecer-se no bebê. (Iaconelli, 2013, p. 108)

Se, por um lado, o Imaginário e o Simbólico são os registros pelos quais é possível que haja a construção de sentidos e significações, respectivamente, por outro, o Real é aquilo que resiste a se reduzir ao campo simbólico e no qual o sentido é ejetado, aquilo de que se padece, que não é recoberto pela linguagem. O encontro com essa dimensão Real “não é prerrogativa da relação com um bebê; mas é, nela, marcante e inevitável” (Garrafa, 2020, p. 63).

Nesse sentido, alinhada às proposições lacaniana, e para além de Freud, Colette Soler (2003) indica que nem só com satisfação e deslumbramento majestoso um bebê pode ser recebido. A autora evidencia diferentes reações diante da chegada de um filho, como euforia, horror e até delírio, visto que um filho tem um valor de símbolo fálico, mas também “é objeto real, impossível de cifrar” (Soler, 2003, p. 101).

Ao assinalar que se trata de um “impossível de cifrar”, estamos diante do Real, da dimensão indizível da existência humana, no qual há algo impossível de se codificar, de decifrar, de ser recoberto pela linguagem e pelas buscas de sentido. Exemplos comuns sobre isso são as frequentes queixas dos pais de que os choros não cessam ou são sem motivos, que o sono não se mantém estável, ou de um traço que se mostra irreconhecível na linhagem transgeracional ou, ainda, a percepção de que esse recém-chegado não passa de um estranho no ninho familiar (Garrafa, 2020).

Uma vez que não há anteparos simbólicos suficientes para filtrar toda a intensidade que invade o psiquismo, é de incumbência do agente da função materna formular maneiras de tratar da angústia presente nesse processo, o que, definitivamente, não equivale a atravessá-lo solitariamente. “Encontrar-se com o que não pode ser transcrito para o campo da palavra envolve, pois, uma experiência de desamparo, apartada de toda a representação prévia” (Garrafa, 2020, p. 64).

Na súplica de Paula “*Eu preciso saber o que ela tem para saber o que fazer*” (primeiro caso clínico apresentado no capítulo a seguir) é possível notar que a genitora vacila diante dos cuidados dirigidos à bebê, ela depende do conhecimento do Outro da Ciência⁴⁰ – referencial

⁴⁰ Para a psicanálise, conhecimento e saber não são sinônimos. O conhecimento envolve a informação e as explicações universais totalizantes sobre o homem, a sociedade e a natureza, numa tentativa de se capturar e dar conta do objeto, sem arestas. Já o saber envolve uma produção subjetiva e singular, que opera no e pelo sujeito do inconsciente, articulado ao corpo, que determina os posicionamentos da vida e incide sobre eles.

que acredita dever conhecer —, algo que a genitora ainda não sabe mas que, uma vez obtido, poderá ser para ela um conhecimento que a autorizará a agir, por meio de um conjunto de recomendações. Note-se que, de modo geral, essa dependência ao Outro da Ciência pode ser localizada nos pais contemporâneos. Não há, portanto, transmissão geracional, mas “científica”. Não é a avó que é consultada, mas o pediatra. E, quando a criança “tem” alguma coisa, os pais precisam mais ainda do especialista (Fraga, Lima, & Kupfer, 2023). Ou ainda, as redes sociais que se tornaram, nas últimas décadas, um Outro a ser consultado sobre dúvidas inerentes à parentalidade e à criação dos filhos.

A vacilação presente nesta cena do caso pode ser pensada, primeiramente, em termos de uma economia libidinal parental (Dunker, 2020a), em conjunção com uma modalidade de laço estabelecida pelo discurso médico, em que a submissão do paciente ao conhecimento médico é central. Quanto à questão econômica, o autor assinala que qualquer condição de filiação sempre requer uma economia libidinal por parte dos pais. A chegada de um filho reatualiza, nos pais, questões sobre a origem (vida e morte) e sobre as formas de amar e desejar, colocando, portanto, em cheque as condições necessárias de cada um para que isso aconteça. Portanto, diante desse desencontro e da reorganização da economia libidinal, por vezes, pode surgir uma vacilação nos investimentos e cuidados para com aquele bebê.

E quando se considera a existência de um caráter quantitativo da libido, como já apontado por Freud (1915/2010c) em “Luto e Melancolia”, é possível pensar que o investimento em um filho pode ser mensurável e calculável, o que não corresponde à verdade. No entanto, em certas modalidades de sofrimento, em que ocorre principalmente o luto, há uma considerável retirada de quantidade de libido do objeto investido.

No enlutado, há um estado temporário de rebaixamento libidinal e sofrimento ante às perdas inerentes à experiência humana, seja de uma pessoa amada, de um ideal, de fases da vida, de um trabalho, daquilo que nunca tivemos ou chegou a ser, mas que poderia ter tido ou sido. Isto é, está em jogo uma questão econômica neste processo de retirada de libido do objeto ora investido e nos destinos subsequentes dessa; processo que leva tempo. Logo, após ultrapassar o trabalho do luto, o Eu fica desimpedido para reinvestir em novos objetos substitutos (Freud, 1915/2010c).

Por mais que seja doloroso e leve tempo, o luto terá fim. É possível que seja finito, desde que essa perda seja integrada a uma cadeia de lutos que o precedeu e o tornou possível, em um percurso de transformação do Eu, em direção a um afeto comum e a uma nova identificação. Dunker (2023) afirma: “o luto é uma experiência de conexão e desconexão entre separações, envolvendo reparações e transformações futuras, e não apenas passadas” (p. 14).

Aqui temos um delicado momento em que se faz necessário discernir e frisar a direção na qual o luto irá operar e, por consequência, apontar o destino das identificações, se por vias do desligamento da libido do bebê imaginário ou se por meio da incidência sobre o bebê da realidade, o que poderia levar a um não reconhecimento do bebê como bebê e a um desinvestimento completo. Tão logo o bebê é retirado de seu lugar restrito e estrito de “sua majestade, o bebê”, corre-se o risco de ele cair no lugar oposto, o de dejetos (Iaconelli, 2013). Ocasão ímpar para se pensar a economia libidinal dos pais e a direção de tratamento, apontando para o desinvestimento e investimento mútuos em “diferentes” bebês, daquele que poderia ter sido e neste que poderá ser.

Moretto (2019b) pontua que um adoecimento é, para muitos, uma experiência de perda e de constatação da possibilidade da morte. A quebra da ilusão de imortalidade, principalmente após um nascimento, provoca um entrecruzamento em um período da vida que demanda um intenso trabalho psíquico por parte dos pais. Mas é também, para muitos, um momento de valorização da vida e de forte investimento psíquico na luta por ela.

De todo modo, a luta pela vida, do nosso ponto de vista, não se faz desvinculada do processo de elaboração do luto dessa condição perdida (idealizada?). Aqui vale ressaltar que independente do prognóstico, a condição de lutar pela vida decorre, por vezes, de lutos elaborados. É como se o processo de luto fosse condição favorável à disposição para a luta, em condições inéditas, sem nenhuma garantia de vitória. (Moretto, 2019b, p. 60)

A autora articula as noções de luto e luta, remetendo às ideias de impossibilidade e impotência. Para ela, diferenciar tais noções é primário, uma vez que o que é impossível no Real, por vezes, é experienciado pelo paciente como impotência, no registro do Imaginário. O luto pela perda de uma condição desejada e idealizada para um filho é fundamental de ser realizado pelos pais, para que, a partir disso, surja uma decisão de lutar por uma vida possível. “Em tese, frente ao impossível, cabe o luto; frente ao possível, cabe a luta” (Moretto, 2013, p. 360).

Dessa maneira, todo nascimento de um filho requer um luto por parte dos pais, independentemente da presença ou ausência de um diagnóstico; um luto daquele bebê imaginado que nunca irá corresponder àquele que chega, o que, frequentemente pode evidenciar um sofrimento. Podemos dizer que quando há um diagnóstico, temos uma perda dupla: a do bebê idealizado e da esperança de que a criança alcance os marcos do desenvolvimento esperados para cada idade.

Em “O mal-estar na civilização”, Freud (1930/2010d) delimita que o sofrimento humano advém de três lados: do próprio corpo, que está destinado ao padecimento; do mundo externo, em virtude das poderosas forças da natureza; e, por último, das relações com os outros.

Contudo, a noção de sofrimento não chegou a ser alçada a um conceito, segundo assinala Dunker (2020b):

não há um texto sequer, clássico ou de referência consensual, na história da psicanálise, que se detenha nessa noção, que é ao mesmo tempo nossa antiga companheira e mais íntima presença em tudo o que fazemos na direção da cura e na condução do tratamento (p. 66).

Um possível conceito de sofrimento para a psicanálise, de acordo com Dunker (2015), deveria responder ao menos a três condições: todo sofrimento conter uma demanda de reconhecimento; poder ser estruturado em uma narrativa, isto é, um trabalho de linguagem que diz de um objeto; e, como terceiro elemento, envolver processos de **indeterminação de sentido** e inversão de significação entre aquele que sofre e aquele que recebe a ação.

A ideia de indeterminação nos é cara, como apresentamos anteriormente, visto que estamos discorrendo neste trabalho sobre um tempo de vida recheado de incertezas e falta de garantias. Quando um bebê recebe um diagnóstico que circunscreve eventuais e possíveis atrasos no desenvolvimento, ainda assim não é possível formular um prognóstico preciso ou saber de antemão “*o que ele/ela vai alcançar ou aprender*”. Essa indeterminação de previsibilidade, frequentemente, é muito angustiante para os pais, pois eles “*não sabem o que esperar*” ou “*esperam menos para se frustrarem menos*” ou ainda que “*o que o bebê conseguir é lucro*”.

Para Dunker (2015) existem formas de sofrimento que ainda não podem ser nomeadas e outras que já não podem mais ser reconhecidas; o que nos leva a distinguir o sofrimento excessivamente nomeado, traduzido na maneira típica dos sintomas, do sofrimento insuficientemente nomeado que, comumente, apresenta-se como mal-estar difuso ou angústia flutuante. Esse último, manifesto pela angústia tem, como apontado anteriormente, um caráter de dúvida e um vazio de significação, carecendo da construção de uma narrativa sobre ele.

No que compete à estruturação de narrativas de sofrimento, Moretto (2019b) evidencia que elas estão estritamente vinculadas aos ideais da cultura e ao modo como cada sujeito se situa no laço social, podendo ser lido, por aquele que sofre, como manifestações de fracasso ou impotência, já que adoecer implica sempre um abalo narcísico.

Os ideais têm a função, a rigor, de orientar as decisões e de dar um norte para traçar a trajetória de vida. O problema reside quando eles são interpretados pelos sujeitos como imperativos: “*Tem que ser assim*”, “*é preciso conseguir*”, levando-os a uma submissão alienada a eles. Os ideais cultivados na cultura atual, que envolvem os da felicidade, da autonomia e do sucesso, atravessam as relações do sujeito; portanto, têm íntima relação com as experiências de sofrimento, esclarece Moretto (2019b).

a experiência de adoecimento parece perder a dimensão de possibilidade lógica inerente à transitoriedade da vida e ganha, para algumas pessoas, o estatuto de fracasso pessoal, como se elas, ao adoecerem, desobedecessem aos imperativos de sucesso e devessem ser culpabilizadas por não terem conseguido evitá-lo, pois é nessa condição, provavelmente equivocada, de responsáveis pelo seu adoecimento/fracasso pessoal, que elas se apresentam em sofrimento ao psicanalista. (Moretto, 2019b, p. 70)

Neste estudo, entretanto, o adoecimento não é relativo a quem produz, ou não, uma narrativa de seu sofrimento, já que a afecção reside em outrem. Entretanto, como vimos, comumente há um abaulamento narcísico nos pais, o que pode levá-los a um sentimento de fracasso e culpa: “*como pude ter feito um filho assim*”, é comum escutarmos. Ou ainda, há formulações de narrativas estritamente descritivas, amparadas em termos técnicos e categorias médicas, quando os pais tentam ser terapeutas dos filhos. Há ainda aqueles em que o diagnóstico da doença do filho produz uma espécie de anteparo e ancoramento, proporcionando que eles estabeleçam laços identificatórios e redes de apoio com outras famílias, as quais também têm um filho com condição semelhante.

Podemos dizer, assim, que um diagnóstico pode obturar a possibilidade de uma narrativa, por meio do modo pelo qual os responsáveis irão estabelecer uma relação com a afecção de seus filhos, se o diagnóstico ocupar o lugar de ser a narrativa totalizante e encerrada em si. Todavia, pode também catapultar a construção de uma, a partir da qual cada qual sujeito poderá ancorar-se, fazer disso elemento da narrativa e produzir um saber próprio, sem um adesivamento às informações médicas do conhecimento científico. Vemos também na contemporaneidade, diferentes nomeações adjetivadas da parentalidade, como parentalidade atípica, parentalidade neurodiversa, parentalidade neurodivergente etc., numa tentativa identificatória de haver uma correspondência entre aqueles pais e aquele filho.

A parentalidade está infiltrada de maneira exacerbada nos ideais de nossa época, ideais esses recheados de expectativas e interpretados como imperativos, por homens e mulheres, sobre como ser uma boa mãe e um bom pai, portanto, como criar um filho. Antes, os ideais eram difundidos e alimentados por profissionais que apresentavam discursos normativos da parentalidade (Teperman, 2014). No entanto, atualmente, esse campo ganhou a participação das *mommy influencers*⁴¹ nas redes sociais, que pulverizam, por meio do espetáculo, do entretenimento e da monetização de suas vidas, modos de viver a maternidade e criar os filhos, usando termos como "disciplina positiva", "criação com apego" ou "amor com apego". Entre

⁴¹ *Mommy influencers* ou *momfluencers* (mães influenciadoras) é um movimento contemporâneo nascido das redes sociais (principalmente do *Instagram* e do *TikTok*), no qual mulheres traçam um *modus operandi* idealizado da maternidade, fazendo uso monetizado e, por vezes, patrocinado, de suas contas nas mídias sociais, ao compartilharem suas "rotinas" e momentos como mães, selecionando, a dedo, fotos de si e de seus filhos (Dickson, 2023; Petersen, 2023).

essas, também são produzidas e ofertadas novas nomeações pluralizadas da maternidade, da paternidade e da parentalidade: atípica, neurodiversa, entre outras. Veremos adiante a hipótese de que esse pode ser um modo possível de outra resposta para a construção da parentalidade frente ao diagnóstico de seus filhos, reflexo da pulverização de tais nomes, provenientes do discurso médico científico.

Assim, mesmo diante do inerente sofrimento causado pelo desencontro com a chegada de um bebê, sustentado por ideais que moldam a trajetória de uma vida sonhada, é preciso reconhecer que todo investimento (ou reinvestimento) em um filho envolve assumir um risco. Trata-se de um investimento feito às cegas, sem garantias de receber o "prêmio da loteria". A expressão popular "filho não vem com manual" remete a essa falta de anterioridade que poderia orientar e garantir os modos de fazer e o quanto de investimento será requerido (Fraga, Lima & Kupfer, 2023).

Garrafa (2020) nomeia este processo de *ato de entrada na posição parental*, que diz respeito à disposição parental em assumir o risco de reorganizar a própria vida, na qual a criança se torna um considerável ponto de ancoragem, além, é claro, da "possibilidade de se nomear 'mãe' ou 'pai' de alguém e de sustentar esses significantes e os desdobramentos decorrentes de tal nomeação" (p. 58). Não há escapatória. Trata-se de um mergulho solitário em que os pais chegam antes, pois somente ao assumirem essa posição é que poderão designar um lugar à criança na história transgeracional e no desejo familiar. Esse ato, o qual determina um "antes" e um "depois", marca uma divisória que será validada em um segundo momento: é a resposta que a criança dará diante dessa designação que corresponderá à validação do ato parental (Garrafa, 2019). Além disso, tal ato acarreta a assunção de uma nova posição familiar, diante da sociedade e daquele que será reconhecido como filho: o de mãe e ou o de pai, carecendo de uma adjetivação ou não.

5.4 O que é possível fazer com esse nome? Entre a profecia e a indeterminação

A esta altura da pesquisa, podemos dizer que o que é possível fazer com o nome (do diagnóstico) atravessa e depende de diferentes vertentes: dos modos de identificação e nomeação da revelação diagnóstica para a subjetivação do pequeno humano; da articulação entre desejo, amor e gozo do lado dos cuidadores; do luto de outras marcas prévias; assim como permeia o caráter de indeterminação ou profecia com que um diagnóstico pode ser marcado a cada narrativa construída ao seu redor. Esses elementos se revelam matrizes que se concatenam e/ou se desatam na formação de laços entre os responsáveis e seus bebês.

Uma das maneiras que podemos recolher na clínica diante da tarefa de “o que fazer com isso?” envolve ajustes na nomeação daqueles que fazem a função de cuidado dos bebês: atípica, neurodiversa e neurodivergente, são artifícios bastante contemporâneos, mesmo soando “diagnosticalizados”. A oferta de novas nomeações, pluralizando as maternidades, paternidades e parentalidades, com termos de outro campo lexical, incide, por sua vez, na variabilidade de um campo semântico, o que somente ocorre em virtude da interpolação da esfera médica na da família.

Nossa hipótese é de que esses efeitos renomeantes podem ser lidos como um efeito colateral, como uma saída possível para a construção da parentalidade, frente ao exponencial crescimento dos diagnósticos na contemporaneidade, que podem visar, também, a produção de enlacs entre pais e filhos. Para que possa haver uma correspondência e identificação entre um e outro, essas novas nomeações, comumente, compreendem também outras pautas e funções, além das tradicionais esperadas por pais e mães; como, por exemplo, o ativismo, a busca por direitos, a luta pela inclusão, por ações afirmativas e por acesso a bens de cuidado (Moreira, 2022). Ainda que o incremento ou ajuste na denominação parental sirva como ênfase em comparação à maternidade, à paternidade e à parentalidade sem complementos, este também pode sofrer, por conseguinte, uma desvalorização e demérito face à diferença.

Tais renomeações exemplificam a função performativa da linguagem e a força do diagnóstico médico, como indicado por Austin, que opera para criar sujeitos e realidades. A partir desses novos nomes, alguns pais e mães podem achar saídas em uma produção menos generalizante e mais apropriada das questões de seus filhos, desde que essa identificação não faça equivalência às suas identidades, por mais que se referenciem sob um novo nome. Frente ao que foi marcado pelo diagnóstico e por novos nomes adjacentes, espera-se que as nomeações subsequentes possam comportar vírgulas e reticências, não somente pontos finais. Afinal, há o que ser feito com as marcas deixadas pelos nomes que vem do Outro.

Nesse sentido, a diferença entre marcas da estruturação psíquica e as marcas relativas à cultura, à história e ao corpo, como defendido por Soler (2013) e apresentado no capítulo anterior, é um dado bastante relevante, visto que o modo como os psicanalistas apresentam-se reticentes sobre os diagnósticos parece ter relação com qual tipo de marcas eles tomam como referência em suas argumentações.

Lacan, no texto de 1960, “Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano”, postula sobre a submissão do sujeito ao significante que advém do Outro por meio da fala, da qual organizará a imagem e o ideal do eu. Nesse texto, há uma passagem na qual o autor faz menção sobre o dito primeiro do Outro, sua função de oráculo e produtora de marcas:

Assim, é de outro lugar que não o da Realidade concernida pela Verdade que esta extrai sua garantia: é da Fala. Como é também desta que ela recebe a marca que a institui numa estrutura de ficção.

O dito primeiro decreta, legifera, sentencia, é oráculo, confere ao outro real sua obscura autoridade.

Tomem apenas um significante como insígnia dessa onipotência, ou seja, desse poder todo em potência, desse nascimento da possibilidade, e vocês terão o traço unário, que, por preencher a marca invisível que o sujeito recebe do significante, aliena esse sujeito na identificação primeira que formula o ideal do eu. (Lacan, 1960/1998c, p. 822)

Amparadas no fato da palavra do Outro ser potência que sanciona, nomeia e localiza a inscrição do neonato na cultura, a partir da citação desse trecho em seus trabalhos, Jerusalinsky, J. (2002) e Vorcaro (2011) fazem uso dessa ideia para sustentar suas preocupações sobre o diagnóstico vir a ocupar uma marca para a estruturação psíquica da criança, pois as autoras a tomam como uma possibilidade de traço unário e para a formulação do ideal do eu:

Mas ainda que a *denegação da patologia* não seja uma operação única e definitiva, sabemos que as primeiras marcas simbólicas são fundamentais na vida de um bebê. *O dito primeiro decreta, legisla, sentencia, é oráculo* e, acima de tudo, é um oráculo bastante mortífero se estas primeiras inscrições vêm fechar o futuro com um destino pré-inscrito desde as estatísticas. Por isso, uma das importantes intervenções desta clínica consiste em produzir um primeiro *deslizamento na significação do real da patologia que permita abrir um lugar à simbolização do destino de um bebê*. (Jerusalinsky, J. 2002, p. 112)

A argumentação da autora segue articulando traço unário, filiação e transmissão dos ideais parentais à criança, trazendo o diagnóstico como elemento de obturação, ao ser emparelhado como uma marca que pode interferir na constituição do sujeito. Para Jerusalinsky, J. (2002) “... o precoce diagnóstico de problemas do desenvolvimento pode vir a superpor temporalmente aos primeiros momentos lógicos implicados na constituição psíquica do sujeito: o reconhecimento “desse corpo que vive” enquanto filho” (p. 116). Contudo, a estruturação psíquica do bebê pode vacilar, “pode ser flanqueado diante do precoce diagnóstico ou levantamento da suspeita de uma patologia” (Jerusalinsky, J., 2002, p. 117).

Ocorre assim uma colagem precipitada entre diagnóstico da patologia e prognóstico que vem a selar o destino de um bebê desde um *jamaís será*. Ao fechar toda possibilidade de interrogação acerca do futuro por uma predição que se apoia na estatística patológica, fecha-se também a possibilidade de dialetizar este futuro como o efeito de uma produção singular de um sujeito ao longo do tempo, de um *vir a ser*. Sem uma interrogação sobre o futuro que abra caminho para um funcionamento desejante, corre-se o risco de que a vida do bebê fique achatada em um eterno presente, de que o bebê se torne objeto de um oráculo, à espera do cumprimento do trágico destino previsto. (Jerusalinsky, J. 2002, p. 127)

Apesar disso, Jerusalinsky, J. (2002) ressalta que não se deve evitar que sejam feitos diagnósticos precoces; todavia, dá ênfase à necessidade de estarmos atentos aos “danos imaginários e efeitos simbólicos detonados no discurso parental e produção do bebê a partir do diagnóstico precoce de uma patologia” (p. 128). A preocupação constante da autora é o quanto um diagnóstico traz respostas aos pais, obturando as perguntas; ao passo que existe um risco de instaurar nos pais “uma recusa em implicar seu saber inconsciente em relação ao bebê”

(Jerusalinsky, J., 2002, p. 131), e de ficarem aderidos ao que as estatísticas e o saber médico versam sobre as patologias. Perspectiva semelhante, a de que o diagnóstico poderia corresponder às marcas que inscrevem a estrutura e decidi-la, também pode ser encontrado em Vorcaro (2011), como segue:

Na medida em que a saúde é a fiadora da sustentação do ideal do qual um filho é promessa, o efeito de um diagnóstico de transtorno psiquiátrico pode atingir a subjetivação da criança um **distúrbio de funcionamento orgânico ou psíquico pode decidir a estruturação do sujeito ao tornar-se o traço prevalente** [grifo nosso] através do qual ele é reconhecido pelos agentes parentais e pelos agentes do seu tratamento (p. 227).

A partir disso, corroboramos com o fato de que seja necessário um deslizamento da significação da patologia para os pais, que eles possam se interrogar sobre o futuro do bebê, sem que estejam completamente resignados ao que os dados estatísticos das patologias vêm indicar. Entretanto, salientamos o quanto uma eventual leitura inversa de um processo lógico, do qual somente poder-se-á ter notícias *a posteriori* (a constituição subjetiva e a inscrição do traço unário), emparelhado ao excesso de alerta quanto aos diagnósticos, pode ter contribuído para a formulação de uma posição previamente arbitrária dos psicanalistas sobre os diagnósticos na primeira infância.

Ainda que um diagnóstico-significante possa dar notícias, no *só-depois*, que tenha sido eleito pelo sujeito como seu traço distintivo, não se pode sustentar que a lógica inversa seja verdadeira: a de que um diagnóstico irá decidir a constituição psíquica ao ser um traço unário. Nessa perspectiva, estar-se-ia tomando a função performativa da linguagem próxima à teoria dos atos de fala de Austin, em que os ditos provocarão determinados efeitos, sem a consideração do inconsciente nesse processo.

Considerar que um ato diagnóstico provocará efeitos perniciosos, entraves na constituição psíquica ou ainda, que irá se sobrepor às nomeações parentais, é apostar em um discurso com excesso de sentido, com mais determinações do que indeterminações. Ainda que tais reverberações possam ter sido recolhidas a partir de alguns casos clínicos, transformar tais efeitos em causa que irão decidir a estruturação psíquica soa um tanto determinativo; já que nesse sentido, a contingência e a condição de indeterminação, próprias da dimensão do inconsciente, parecem ficar distantes do debate.

Ante a preocupação com as profecias autorrealizáveis⁴² em sua vertente “negativa”, acreditamos que o reiterado alarmismo a respeito dos diagnósticos na primeira infância pode

⁴² A profecia autorrealizável é um prognóstico, um juízo prévio de determinada situação, que, ao se tornar uma crença, provoca a sua própria concretização, ao suscitar novos comportamentos que levam à realização daquele juízo inicial.

ter provoca importantes consequências para o campo psicanalítico; principalmente no que tange à formulação de direções de tratamento e da relação da psicanálise com outros campos da saúde, no qual a rivalização discursiva pode ter sido inflacionada.

Quanto a função de oráculo do Outro, o problema debatido não é sobre o dito inicial ter valor de profecia, conforme indica Lacan, pois a violência interpretativa é inerente a entrada do sujeito na linguagem. O que salientamos é a difícil aproximação determinativa de tal formulação com os diagnósticos na primeira infância.

Nesses trilhos, Colette Soler (2018) salienta, retomando Lacan, que todo significante faz injúria ao sujeito, isto é, “todo juízo que atribui um significante a um sujeito exerce uma violência sobre esse sujeito” (p. 43). Isso não corresponde, necessariamente, à qualidade, intenção ou sentido do significante predicado, mas, sim, o ato que vem do Outro que conclui: “você é isso ou aquilo”, seja positivo ou negativo (sob diferentes critérios); o que provoca efeitos de recalçamento e alienação do ser. “Há uma violência da predicação e a predicação do diagnóstico não escapa, em absoluto, dessa estrutura geral. As palavras que nos imputam nos violentam” (p. 44). Não se trata, assim, de não reconhecer tal violência, esclarece Soler (2018), indicando que a questão é outra: não estamos diante de escolher entre a violência e a não violência, mas sim os tipos de violência e, portanto, “há uma violência do diagnóstico que não deve ser a última palavra em nossa prática [como psicanalistas, e acreditamos também ter aplicabilidade ao campo médico], mas que, no entanto, é necessária para evitar os desastres” (p. 44).

Não há motivos para driblar os diagnósticos, defende Soler (2018), visto que no plano epistêmico e prático precisamos deles para que não sejamos clínicos (psicanalistas ou médicos) irresponsáveis. Todavia, o possível abuso de poder correspondente à predicação diagnóstica diz respeito ao juízo de valor que tal processo compreende e seu caráter conclusivo inerente; dos quais, no melhor dos casos, o diagnóstico possa ser um cálculo que reserve um lugar para o incalculável da experiência humana.

Assim, situamos aqui que não é possível localizar, previamente, quais palavras farão a função de “dito primeiro”, ou ainda, se farão marca distintiva para o traço unário de um sujeito, quiçá o que um diagnóstico irá reverberar para os diagnosticados e seus responsáveis. Outro ponto é que essa perspectiva parece apostar mais na força do ato de mestria do diagnóstico médico, em virtude de sua autoridade advinda do campo social, do que nas possibilidades parentais de construir narrativas que ressignifiquem as experiências.

Podemos localizar também que as profecias autorrealizáveis também têm, por conceito, uma vertente “positiva”, pois dizem respeito a um juízo de aposta no bebê, para que os ideais

esperados possam ser alcançados, bem como de anteparo para as suposições advindas do agente da função materna. Criar ilusões, expectativas e antecipações, reconhecer o que ainda não está lá no bebê, atribuir explicações e nomes a seus gestos e reflexos, envolve debruçar-se sobre a suposição de sujeito (Kupfer et al., 2009), que é bastante legítima e necessária na clínica com bebês. Todavia, utilizar da noção de profecia autorrealizável como justificativa para profecias “negativas”, articulando-a aos diagnósticos, parece um tanto complicado. Ao relutar quanto o estabelecimento de um diagnóstico na primeira infância, por exemplo, estar-se-ia tentando evitar uma colagem do bebê ao diagnóstico, mas também das contingências e das indeterminações inerentes? Isso indicaria uma tentativa de controlar os efeitos do que outrora tenha sido enunciado sobre um bebê?

Em nossas pesquisas acreditamos que essa parece ter sido uma das formulações possíveis que contribuíram para sustentar e fazer ressoar certa posição no campo psicanalítico com bebês e crianças. Em adição a isso, pensamos que tal leitura seja apenas mais um fruto do constante trabalho da psicanálise em reiterar sua posição descolada da matriz médica da qual é oriunda. Diante de exponencial crescimento das lógicas diagnósticas e do imperioso reinado da visão biomédica sobre o padecimento humano, partir de uma posição contrária pode servir de um importante sinal no jogo político das disputas de poder e de manutenção do campo – como pudemos acompanhar com o manifesto *STOP-DSM*, por exemplo. De todo modo, retomar às marcas foi com o intuito de marcar uma distinção importante. *Afinal, as marcas irão marcar, cada qual em diferentes intensidades e proporções, como, por exemplo, as advindas do discurso médico, que possuem maior pregnância, em virtude da autoridade atribuída ao médico pelo campo social. Ainda assim, as narrativas que forem possíveis de serem construídas a respeito delas é o que nos parece importante de ser destacado. Mesmo que as marcas sejam por atos de mestria, pertencentes a uma discursividade médica, poderosa, é verdade, o caráter de indeterminação frente ao que resultará da marca será surpresa (outro nome para o contingente).* As saídas narrativas encontradas vão depender do encadeamento prévio de lutos atravessados e do lugar que uma criança ocupa para os pais, enredando amor, desejo e gozo, isto é, vão depender da história e do que foi possível ser feito com ela. Além disso, também vai depender do modo como os cuidadores lidam com o imperativo do discurso médico e se encontrarão, durante essa jornada, outros tipos de discursos (incluindo o psicanalítico) com os quais poderão compor uma narrativa mais nomeada e menos cristalizada de sentido. Nessa tarefa sobre “o que é possível fazer com esse nome”, as narrativas criadas pelos pais diante do diagnóstico de seus bebês podem formar laços, nós ou seguir com fios desatados. Nessa clínica, cabe ao psicanalista promover mais condições de fala para os pais, não somente preocupar-se

com o futuro do bebê. Afinal, enquanto o futuro do bebê não vem, existem adultos, no presente, incumbidos da parentalidade, que carecem de ressignificações do passado para que possam sustentar o que há de advir.

6 CASOS CLÍNICOS

Acompanha-se, na sequência, a construção de três casos clínicos⁴³, atendidos na instituição referida, no qual discutiremos diferentes repercussões de um diagnóstico em bebês para a construção da parentalidade. No caso Paula e Laís, o diagnóstico da bebê parece ter sido determinante para que ela pudesse assumir a maternidade da filha. Enquanto para Manoela, o manejo do analista de fazer resistência ao diagnóstico de Joaquim e apontar para a relação entre mãe e filho teve um efeito de autorização e reposicionamento. Por outro lado, para Maria e José, o diagnóstico de Samuel recebeu outro destino, ressignificado e renomeado pela mãe.

6.1 Paula e Laís: “*Nenhum médico descobre o que essa menina tem*”

Acompanhada da genitora Paula, Laís chegou para o atendimento individual aos dois meses de idade; ela era a terceira filha do casal, sendo que os mais velhos eram garotos com 11 e 9 anos, e os três são filhos do mesmo pai. O pai não foi a nenhum atendimento da Psicologia, mesmo quando requisitado, e a esposa Paula apresentou como explicação para a ausência a dificuldade com o horário.

Paula chegou à instituição um pouco desorientada e dizendo que não entendia o motivo pelo qual estava ali, visto que sua filha tinha nascido há poucas semanas. No início, estava bastante receosa e não conseguiu formular uma demanda, assim como se observava que ela parecia não entender como a equipe poderia ajudá-la. Apreensiva, dizia que não entendia o motivo de sua filha ter sido encaminhada para aquela instituição, já que, pelo que ela conhecia do nome/história do lugar, dizia respeito ao atendimento de “*pessoas deficientes ou com problema, e sua filha era normal*”.

Relatava que a filha teve sífilis congênita e que já tinha tratado com medicamentos na maternidade, mas, segundo Paula, os médicos disseram que Laís “*teria de ser acompanhada, pois poderia acarretar algo*”. Laís já chegou para os atendimentos fazendo uso de uma medicação (aqui não especificada), mas Paula dizia não saber por qual motivo.

Paula dizia que cuidar da bebê era muito diferente do cuidado com os outros filhos, pois “*os outros não tinham nada*”; e, como a Laís é “*diferente*”, ela “*não sabe muito bem o que*

⁴³ Os casos “Paula e Laís” e “Manoela e Joaquim” foram publicados como primeiro produto da escrita dessa dissertação no artigo Fraga, M.A.; Lima, H. M. M.; Kupfer, M. C. M. (2023). A construção da parentalidade diante do diagnóstico em bebês: um relato de experiência. *Tempo Psicanalítico*. Desse modo, neste trabalho, tais casos foram reproduzidos parcialmente, recebendo comentários adicionais nas discussões teórico-clínicas. O caso “José, Maria e Samuel” é inédito.

Ressalta-se que todos os nomes utilizados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos envolvidos.

fazer”. Falava que “*os outros filhos nunca tiveram essa doença*” (aqui Paula fazia referência à sífilis congênita; doença que fora tratada).

Durante os primeiros atendimentos, notava-se que a genitora ficava bastante apreensiva, pouco falava sobre a bebê e não brincava. Inicialmente, comentou das dificuldades de amamentar, falava que não conseguia, preferia dar mamadeira. Sessões depois, Paula formula a ideia: “*o seu leite fará mal para a Laís*”. Essa construção relaciona-se com o diagnóstico de sífilis congênita; Paula acreditava que ainda poderia “*passar coisas ruins para sua bebê*”, portanto, cogitava parar de amamentar. O esclarecimento de que ambas já estavam sem a bactéria não era suficiente para desmontar a fantasia de que Paula fazia mal à Laís.

Em um determinado dia, ao saírem da sala de enfermagem, o analista realizou uma intervenção com Paula: diante da uma fala (com “*manhês*”⁴⁴) de Paula para Laís, a bebê sorriu para a mãe, que não correspondeu. O analista pontuou: “*Que linda, ela gosta da mamãe!*”. Paula logo diz: “*Será mesmo*”? Aqui, estamos diante de uma dificuldade materna em estabelecer um laço de investimento com Laís, pois a culpa pela sífilis era muito presente. Notava-se uma vacilação em termos de uma economia libidinal parental (Dunker, 2020a): A genitora era capaz de endereçar sua voz coberta de musicalidade para a bebê e invocar Laís, mas a resposta da filha era recebida de maneira duvidosa pela mãe. A bebê passava de invocada para invocante (Catão & Vivès, 2011), porém, era neste momento que o reconhecimento materno vacilava.

A ideia de prejudicar a bebê retorna e é acompanhada de uma suspeita. Paula dizia: “*Eu só faço mal para minha filha... Ela deve ter alguma coisa*”. A ideia de que “*deve ter alguma coisa*” surgiu em paralelo com as primeiras devolutivas da equipe, quando os profissionais diziam que, no momento, Laís estava bem, estava sem atraso no desenvolvimento (as devolutivas ocorreram em torno dos 4 meses de idade de Laís). No entanto, as falas da equipe amenizavam temporariamente a angústia de Paula, que logo depois surgia novamente com a ideia: “*Ela deve ter alguma coisa*”.

Somado a isso, Paula fracassava na tentativa de recorrer às suas próprias lembranças sobre seus outros filhos, a fim de constatar se havia, ou não, alguma diferença no desenvolvimento de Laís. As semanas se passavam e, de fato, a bebê não alcançava os marcos do desenvolvimento esperados para sua faixa etária, como apontavam as demais terapeutas.

⁴⁴ O “*Manhês*” se refere ao modo particularizado como o cuidador principal fala e se dirige a um bebê, geralmente usando voz melódica, tom de voz mais agudo, velocidade lenta e alongamento de vogais em frases mais curtas. Essas especificidades da fala, implicadas de desejo, fazem com que o bebê se interesse e procure com o olhar a pessoa que se dirige a ele, o que é de suma importância para a constituição subjetiva e construção do laço.

As investigações da neuropediatra acerca do diagnóstico de Laís continuavam, apesar dos escassos exames e a lentidão do sistema público de saúde para conseguir realizar os pendentes. A neuropediatra ponderava acerca de microcefalia⁴⁵ e encefalopatia crônica não evolutiva (paralisia cerebral)⁴⁶; a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional diziam sobre hipertonia⁴⁷, espasmos musculares⁴⁸ e clônus⁴⁹. Termos ditos e nada claros para Paula, mas que passaram a engendrar sua fala e o modo como perguntava sobre a bebê.

Aqui podemos localizar que tais revelações diagnósticas, as feitas por outros profissionais de saúde e a hipótese diagnóstica da neuropediatra ainda não tinham sido tomadas como um ato para Paula, mas que tinham sido incrustados em sua cadeia de significantes.

Ficava evidente que, para Paula, era impossível não olhar para esse aspecto do corpo biológico de sua filha. Freud (1914/2010b) já alertava que o corpo erógeno não se faz sem o corpo biológico, contudo, este corpo biológico de Laís estava distante de ser alçado à condição de sujeito psíquico, por meio do olhar e voz de Paula.

Notava-se a dificuldade de Paula em voltar-se para a imagem de sua bebê, ficando retida no corpo biológico, no organismo. Conforme indica Lacan (1962-63/2005), há mães que não conseguem se deixar enganar por essa ilusão da imagem ideal e unificada do bebê, o que as leva a uma excessiva lucidez, que diz da dificuldade da mãe de se permitir iludir e “sonhar” seu filho (Bialer, 2016).

Após as outras terapeutas notarem e nomearem os atrasos no desenvolvimento de Laís, logo foram passadas orientações e exercícios para que a mãe os inserisse em sua rotina e os realizasse com a bebê em casa, imputando em conjunto a responsabilidade pelo avanço ou não de Laís. Em decorrência disso, surge um avassalador sentimento de insuficiência, e a vacilação reaparece em Paula, que clamava: *“Eu não consigo ajudar a minha filha; eu não sei o que fazer com ela; fico em dúvida se estou fazendo direito”*. Segundo Paula, o pai de Laís trabalhava e participava pouco dos cuidados da filha; eram os outros filhos que a ajudavam com a bebê.

⁴⁵ Malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, no qual os bebês nascem com perímetro cefálico reduzido. Essa condição pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e agentes biológicos (infecciosos), como bactérias, vírus e radiação.

⁴⁶ Deficiência caracterizada por alterações neurológicas permanentes que afetam o desenvolvimento motor e cognitivo. Decorrente de uma lesão no cérebro em desenvolvimento, pode ocorrer durante a gestação, no nascimento ou no período neonatal. As principais causas são: a falta de oxigenação no cérebro, infecções, diabetes, traumas no momento do parto, problemas genéticos, prematuridade, entre outras.

⁴⁷ É o aumento anormal do tônus muscular, em que o músculo perde a capacidade de estiramento, podendo resultar em aumento da rigidez devido à sinalização constante de contração muscular. Em crianças, está muito relacionado à paralisia cerebral.

⁴⁸ É uma contração muscular involuntária.

⁴⁹ Diz respeito a uma série de contrações musculares involuntárias em decorrência de um estiramento súbito do músculo, provocado por algumas condições neurológicas ou lesão muscular.

Em uma cena, o analista brinca com Laís, a bebê corresponde ao jogo e sorri; Paula, então, olha para a filha e sorri em conjunto, abraça sua filha e constata que Laís gostava de brincar com o profissional. Prontamente, a genitora pergunta se o analista poderia “*ensiná-la a brincar com a bebê também*”. O analista responde a esse pedido, dizendo que Paula poderia brincar da maneira que mais gostasse e que poderia resgatar as brincadeiras que realizava com os outros filhos.

A perda da bebê sonhada, somado aos diagnósticos recebidos e às expectativas dos profissionais atribuídas à Paula, estavam levando-a a uma destituição da maternagem de sua filha, em que sua atenção estava voltada aos cuidados de um corpo, conforme situam Battikha, Faria e Kopelman (2007).

Com poucos meses de atendimento, notam-se que os espasmos musculares surgem com mais frequência (evidentes nos braços e tronco da bebê) e, de acordo com a neuropediatra, estavam aliados às convulsões. O termo epilepsia⁵⁰ se soma aos demais. Inicia-se a saga para ajustar a medicação (que comumente leva cerca de 15 dias para fazer efeito). Não há sucesso; a frequência das convulsões não se reduz. Troca-se a medicação por outras duas vezes, mas as convulsões persistem. Laís ainda continuava sem os exames solicitados para se fechar o diagnóstico.

A essa altura, devido ao investimento nas terapias, Laís estava começando a responder a alguns estímulos, principalmente no tratamento da hipertonia. No entanto, com o surgimento mais intenso das convulsões, Paula se desesperou. Passou a não conseguir dormir, ficava com a Laís no colo durante todo o dia em vigilância e, por vezes, contando quantos espasmos/convulsões a bebê tivera (de acordo com ela, era uma orientação médica precisar quantos espasmos estava observando na bebê). Existia uma urgência em ajustar tais sintomas com medicamentos eficazes.

Paula constata que “*Laís está deixando de fazer as coisas que fazia antes*”, visto que, a cada convulsão, neurônios são “*queimados*” (explicação médica, segundo a genitora). “*A Laís está perdendo o que aprendeu!*” – exclamava Paula.

A genitora relatava que o seu sono havia piorado. Nos momentos em que cochilava, sonhava que a bebê morria, de diversas formas, inclusive sendo esmagada por Paula. Também relatava não conseguir mais realizar as atividades domésticas e, quando as fazia, era com Laís em seus braços.

⁵⁰ É uma síndrome que tem como sintomas crises epiléticas parciais, podendo se manifestar por meio de crises convulsivas, com contrações musculares em todo o corpo, salivação intensa, respiração ofegante ou, ainda, por meio de episódios de “ausência”, perdendo contato com o meio por alguns instantes.

Durante alguns meses de trabalho analítico, supõe-se que em virtude do intenso sofrimento de Paula e de seus recursos psíquicos, a genitora ainda não tinha formulado uma demanda de análise; apesar de sempre comparecer às sessões e trazer muitos temas. Escutar o seu sofrimento, provocar para que ela retomasse a origem desta angústia e trabalhar a construção da relação com Laís parecia não ter efeito. A paciente não conseguia remontar esse conteúdo inconsciente e, apesar de trazer sonhos, estava paralisada em seu desespero e angústia. Então, o analista parte para realizar uma intervenção na equipe durante uma reunião e expõe que as orientações e expectativas deles, tais como estavam sendo apresentadas aos pacientes, estavam produzindo mais angústia nas famílias (Paula era uma delas). Os colegas solicitavam aos pais que realizassem em casa os exercícios propostos, atribuindo-lhes, portanto, a responsabilidade pela evolução e desenvolvimento do bebê.

Um efeito surge posteriormente. Diante de seu mal-estar, Paula consegue formular e destinar um pedido para o analista: *“Nenhum médico descobre o que ela tem. Eu preciso saber o que ela tem para saber o que fazer”*.

A partir disso, o analista lança uma pergunta, a fim de saber o que Paula imagina que a filha tinha. Ela tenta formular sua resposta e diz que acreditava que era algo sobre o engasgo que a bebê teve ainda na maternidade (dado a que o analista não tinha tido acesso até então). Em uma única sessão, Paula relata que *“Laís estava sendo amamentada na mamadeira, com seu leite, por uma enfermeira, e que, por um instante, a genitora se ausentou e a bebê teve um engasgo e uma parada cardiorrespiratória... Ficou alguns minutos morta e foi reanimada”*.

Lembrar-se desse episódio remete Paula a uma cena de quando era criança, em que ela se ausentou e seu irmão mais novo acabou engasgando-se com o leite. A associação dela continua e vai em direção à morte de seu pai, que havia tido um problema neurológico e, por isso, havia ficado dependente de muitas atividades diárias. Paula relatou que, em um determinado dia, não atendeu a um pedido do pai para pegar uma bebida, pois estava ocupada; ele então tentou tomar sozinho, engasgou-se e faleceu na cozinha. Após essas associações, o sofrimento de Paula parece ter tido alguma explicação para ela. Afirmava que se sentia responsável por todos esses eventos, a culpa era presente e pode ser encadeada a experiências anteriores de sua vida.

Continuava a demanda por saber o que Laís tinha. Mesmo sem todos os exames que havia solicitado, em uma consulta, a médica neuropediatra da equipe, que também a acompanhava, fechou o diagnóstico de encefalopatia crônica não evolutiva (paralisia cerebral). A partir desse ato diagnóstico, pude localizar que Paula começou a relatar uma relação diferente com Laís, inclusive falando das brincadeiras que seus filhos estavam fazendo com a irmã: *“Ela*

gosta de uma brincadeira que o meu filho finge que está com uma arminha e faz um barulho de tiro, 'pow'... Ela até joga o corpinho” – disse contente. Ao se dar conta de que também começara a brincar com a filha, concluiu: “*Eu não sabia que sabia brincar com a Laís*”. Surge neste instante um lampejo de resgate do próprio saber; Paula começava a dizer que, em alguma medida, “*sabia cuidar da filha*”.

A genitora frequentemente pedia para algum profissional da equipe uma validação quanto ao seu modo de cuidar da filha. Esse movimento era alimentado pela posição em que os próprios profissionais se colocavam: de que eles é que detinham o saber – *modus operandi*⁵¹ herdeiro das alterações da clínica médica moderna (Foucault, 1963/2021a), do enlace entre saber e poder (Foucault, 1974/2021b) e de um ideal contemporâneo de parentalidade, em que a oferta de um modo “correto” de cuidar da prole pode provocar pedidos desse tipo (Teperman, 2014).

O tempo passou e as convulsões de Laís ainda seguiam, os remédios não davam conta de estabilizar. Ocorreu o início da pandemia provocada pelo COVID-19 em março de 2020; em virtude das determinações sanitárias para o isolamento social, iniciou-se o planejamento para a transição dos atendimentos presenciais para o remoto.

Após um hiato de um mês e meio sem atendimentos, retoma-se o trabalho de modo remoto por chamadas de vídeo pelo *WhatsApp*. Devido à pandemia, foi necessário reorganizar a agenda e, assim, os atendimentos psicológicos de Laís passaram a ser em conjunto com os de Terapia Ocupacional – em uma mesma chamada de vídeo, dois profissionais e uma família. As preocupações acerca das convulsões de Laís se tornaram maiores que antes, Paula justificava que ficar sem os atendimentos foi horrível, pois “*são vocês profissionais que sabem*”. Aliado a isso e sem a possibilidade de recorrer ao conhecimento técnico da equipe, Paula recorria ao seu saber; dizia que agora “*já sabia o que a filha tinha*” (em referência à paralisia cerebral) e estava fazendo o que ela achava para “*ajudar parar as convulsões*”.

Se outrora o manejo na análise visava a trabalhar a impotência de Paula diante do conhecimento médico e acolher seu sofrimento, agora cabia também delimitar o impossível, portanto, o luto. Luto pela impossibilidade de “*querer entrar no cérebro dela e fazer parar as convulsões*”; e luto pelo final do projeto que se aproximava. Era preciso mostrar que Paula sabia sobre Laís, assim como as possibilidades que teria sem o suporte da equipe.

⁵¹ *Modus operandi* evidente quando os profissionais orientavam a forma como os pais deveriam realizar os exercícios, alimentar, brincar e posicionar o corpo do bebê, ou como lidar com as birras e conflitos. Essa massiva *pedagogização* da parentalidade produzia efeitos ora de dependência, ora de desautorização dos pais.

Mesmo no auge da pandemia, Paula estava se movimentando para ajudar a filha: estava à procura de um convênio médico, foi buscar atendimento no hospital em que a neuropediatra da equipe também trabalhava, a fim de manter algum acompanhamento. Uma nova medicação havia sido prescrita para Laís, e Paula aguardava os resultados.

Localizamos aqui efeitos do ato diagnóstico, em que a confirmação do quadro, somada à concatenação de experiências de engasgo na história de Paula, provocou uma mudança subjetiva, possibilitando um enlace entre mãe e filha. É possível também verificar o quanto o diagnóstico médico se tornou uma marca na linha do tempo para Paula e implicou em um remanejamento de sua vida; seja quanto ao ajuste da rotina e reorganização financeira para o tratamento da filha, seja nos cuidados acrescidos à maternidade, em virtude do quadro clínico de Laís.

Em um dos últimos atendimentos com Paula, o analista fez uma intervenção parafraseando Moretto (2013): diante do impossível, cabe o luto; diante do possível cabe a luta. Ao final do projeto, Paula sabia de algo, mas ainda titubeava se estava fazendo “certo”. Todavia, o investimento na filha continuava, ora apoiado em virtude do diagnóstico, ora diante da aposta na bebê. O atendimento foi interrompido com o término do projeto.

6.2 Manoela e Joaquim: “o que é o meu filho?”

Joaquim, um bebê de 1 ano e 11 meses de idade, chegou para o atendimento juntamente com sua mãe, Manoela, no início do projeto. Sendo o único filho de Manoela, Joaquim morava com a mãe e a avó materna. O pai não era presente, via o garoto sazonalmente e não tinha um relacionamento com Manoela, conforme ela relatou.

A genitora havia sido encaminhada por outro dispositivo de saúde do município, uma vez que foi identificado atraso no desenvolvimento de seu filho. Nos primeiros atendimentos, Manoela dizia que “*não conseguia se comunicar com seu filho*”, pois “*não o entendia*”; na época, Joaquim emitia poucos sons não compreensíveis pelos familiares. A genitora observava que ele ficava bastante isolado e remetia tal aspecto ao fato de o garoto ter ficado seus quatro primeiros meses de vida sozinho em um “*chiqueirinho*”⁵². A família estava bastante fragilizada devido ao falecimento do avô materno de Joaquim e, após o nascimento do garoto, a avó materna tornou-se sua cuidadora. Recém-viúva, a avó relatou que, no início, “*Joaquim era um estranho para ela*”. Em um estado depressivo, lamentou-se de somente ter conseguido *cuidar*

⁵²Um pequeno cercado de tecido onde os pais costumam colocar os bebês para brincar.

do essencial (alimentação e higiene do neto), uma vez que foi ela quem realizou a maior parte dos cuidados iniciais.

Sem precedentes genéticos ou complicações no parto, segundo Manoela, notava-se que Joaquim apresentava um comprometimento em seu desenvolvimento motor e organização corporal, não gostava de segurar objetos e frequentemente deitava-se de lado e arrastava seu corpo no chão, num movimento em “s”.

Quando Manoela chegou à instituição, estava desempregada e solicitou o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁵³; no entanto, como o garoto ainda não tinha diagnóstico fechado, não era possível dar entrada no pedido.

O analista realiza uma intervenção junto à assistente social, observando que não seria interessante, devido à frágil relação entre mãe-bebê, apressar para diagnosticá-lo, a fim de dar entrada no benefício, principalmente porque Manoela tinha capacidade de reinserir-se no mercado de trabalho e que a aquisição do BPC poderia fazer do diagnóstico a fonte de renda familiar. Foi sugerido, então, que a assistente social abordasse a situação por outro viés: trabalhar estratégias de emancipação e autonomia, a fim de evitar um engessamento assistencialista. A esse respeito, no início do projeto, o analista tentou realizar um alinhamento com a equipe no que se referia à pressa em diagnosticar os bebês (no que tange às psicopatologias), alertando que isso poderia trazer alguns entraves para a relação entre cuidador-bebê; ter-se-ia que abordar cada caso com cautela.

Retomando os atendimentos, notava-se que Manoela estava em intenso sofrimento psíquico: tinha constantes episódios de choro e necessitava falar o tempo todo⁵⁴ – quase sempre de seus conflitos com sua mãe e sobre a morte de seu pai (falecido pouco antes da gravidez de Manoela) –, eventos que transbordavam para o consultório de outras especialidades. Enquanto isso, Joaquim ficava alheio, deitado no chão, olhando para as mãos. Foi preciso escutar e trabalhar esses aspectos de Manoela antes de pensar sobre Joaquim.

Devido a uma cirurgia no útero anos antes, Manoela tinha sido alertada de que não poderia engravidar. Contudo, engravidou no período de adoecimento do pai. Segundo a genitora, o pai biológico de Joaquim “*não era presente*”, pois o garoto foi “*fruto de um encontro casual*”. Mãe e avó estavam adoecidas e não havia outro adulto em cena que pudesse armar e sustentar uma rede simbólica para o garoto.

⁵³ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma forma de benefício social, em que há a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Para ter este direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo (Instituto Nacional do Seguro Social, 2020).

⁵⁴ Havia uma logorreia constante (catarse por palavras), indicando dificuldade em delimitar o foco da angústia.

Ao trabalhar os aspectos emocionais de Manoela, sua transferência para com o analista ficou bastante intensa; dizia ser muito grata aos atendimentos, gostava muito da instituição e dizia do psicólogo para todos os outros profissionais (a equipe tinha notado que havia algo diferente em sua fala em relação ao psicólogo). A transferência de amor estava instaurada⁵⁵.

Durante a maioria das primeiras sessões, Joaquim ficava no chão, próximo à parede e à porta, longe do analista e de sua mãe; balançava suas mãos e olhava fixamente para o movimento de seus dedos. Em alguns momentos, enquanto o analista conversava com Manoela, o garoto inclinava a cabeça por poucos segundos em direção ao profissional, olhando-o indiretamente com os cantos dos olhos; o que parecia um sinal de interesse.

Em determinada sessão, eis que observo que, associado a esses comportamentos, Joaquim faz o gesto de levantar parcialmente um braço. O analista tomou esse gesto como uma demanda; interrompeu a fala de Manoela, sentou-se ao lado do garoto e indagou: “*Oi Joaquim. Você me chamou?*”. Momento, então, que ele se aproxima e deita sua cabeça nas pernas do analista. Enquanto o analista fazia cafuné nos cabelos do garoto, afirmou para a mãe: “*Me desculpe por ter te interrompido, é que o Joaquim me chamou*”. A mãe fica espantada. Temos, aqui, a primeira intervenção, em ato, que promove um duplo efeito, verificado a posteriori: Manoela começa a apostar em uma comunicação com seu filho e Joaquim a interessar-se pelo analista.

Outra cena semelhante ocorre poucas sessões depois. Arrastando-se, Joaquim aproximou-se das pernas do analista e ficou olhando para elas; o analista pergunta para o garoto se ele gostaria que fosse pego no colo. Como o garoto permaneceu no mesmo lugar, o analista supôs como sendo uma afirmativa e levantou o bebê à altura de seu rosto; Joaquim, emitindo um murmúrio, deslizou levemente os dedos na barba do profissional, parou durante alguns segundos e lançou o seu corpo em direção ao colo da mãe. Prontamente Manoela afirmou: “*ele gostou de você*”.

A mãe, ao ler o gesto de Joaquim e transpô-lo em palavras, faz surgir uma representação. Aos poucos a frase “*ele gostou de você*” se tornou “*ele te ama*”, uma vez que Manoela fascinava-se com os instantes em que ocorria “uma comunicação” entre Joaquim e o analista. A mãe estava conseguindo supor um sujeito no garoto, atribuindo-lhe sentido e nomeando as manifestações do bebê.

Assim, Joaquim começava a se interessar pelo outro. Havia lampejos de troca de olhares entre o garoto e o analista; tentativa de aproximações, breve contato físico e até momentos em

⁵⁵ A temática da transferência no autismo foi abordada no artigo de Kupfer, M.C.M. e Fraga M.A. (2021). O que o atendimento de crianças pequenas pode nos ensinar sobre a transferência no autismo.

que Joaquim passou a comemorar, balançando os braços, sorrindo e emitindo um som, quando via o analista nos corredores. Manoela ficou muito contente diante dessas amostras de contato e dizia que “*Joaquim amava o analista*”. Essa abertura é um importante operador clínico para se pensar intervenções e realizar um diagnóstico diferencial de exclusão de autismo.

Em meio a esses avanços no laço, a família tem uma consulta com a neuropediatra (Manoela, Joaquim e Josefa), esse lhes disse de uma hipótese de autismo, visto que o garoto “*pontuava muitos requisitos*”. A hipótese diagnóstica foi colocada pela neuropediatra como diagnóstico inquestionável, provocando imediata discussão durante as reuniões semanais da equipe que, em parte, tinha posição contrária. O analista apresentava informações do quanto a antecipação deste nome, neste caso, poderia ter efeitos iatrogênicos, em virtude da fragilidade do laço, somado ao avanço considerável na construção do laço de Joaquim com o outro e do impacto que isso poderia ter na parentalidade. Nas reuniões, a médica apresentava argumentos de que estava “*seguindo o protocolo*” [da Pediatria] e que isso poderia ajudá-los a conseguir o BPC. Apesar de ser difícil para Manoela falar desse assunto, tratou-se da revelação do diagnóstico por algumas sessões. O analista se posicionava claramente, para a equipe e para a família, contra a atitude da médica, argumentando ser “*muito cedo para se lançar em pauta um diagnóstico*”, e que Joaquim talvez não fosse autista, pois estavam ocorrendo importantes aberturas para a relação com o outro.

Todavia, o significante “autista” ficou gravado em Manoela e aparecia, por vezes, em sua fala e na de Josefa, ao se referirem a Joaquim como “*o autista*”, evidenciando a força da função performativa de um diagnóstico. Nesse período, o garoto começou a ir para a escola, e, a partir de então, Manoela e Josefa relatavam que Joaquim também demonstrava interesse por “*autistas como ele*”. A revelação diagnóstica teve efeito de colagem e de identificação do garoto ao diagnóstico. As significações singulares que estavam em construção diante das manifestações da criança foram sobrepostas pelas descrições dos sinais e sintomas do quadro clínico.

Especificamente neste momento em que Joaquim está começando na escola, no início de 2020, Manoela fez um pedido para o analista de um relatório para a escola: “*Eu gostaria que você fizesse um relatório dizendo o que é o meu filho*”. O analista sublinha e indaga o final sua fala: “*O que é o meu filho?*”. Ela disse que sim, sem perceber o que havia falado. O analista então propõe um acordo: Manoela somente teria um relatório da equipe se, em contrapartida, ela construísse um relatório para o analista dizendo **quem é o filho dela**. Manoela espantou-se, compreendeu a intervenção e concordou com a proposta. Diante do ato médico, fez-se

necessário um ato analítico, apostando que um relato subjetivo poderia concorrer com as descrições generalista de um diagnóstico advindas do discurso médico.

Também nesse período, Manoela conseguiu reingressar no mercado de trabalho, dizendo estar se sentindo muito melhor depois das sessões. Quem passou a levar Joaquim para os atendimentos na instituição foi Josefa. A avó ainda estava muito fragilizada e, durante algumas sessões, Josefa falava sobre a morte do marido e o quanto ainda “*não havia superado esta perda*”. Reconhecia que, diante de uma nova vida (Joaquim), “*apenas pensava na morte do marido*”; parecia que na época estava desvitalizada para investir em um novo objeto. Quanto a Joaquim, dizia dele como “*um estranho, um intruso em suas vidas*”.

Joaquim passou a comemorar quando sua mãe chegava do trabalho, “*fazendo festa*”; ela o recebia com alegria e beijos. Um tempo depois, o garoto passou a acariciar o rosto da mãe e abraçá-la ao dormir.

Mais tarde algumas mudanças no atendimento do menino ocorreram, devido ao início da pandemia da COVID-19, em março de 2020. Após um mês e meio sem atendimentos, retoma-se pelo *WhatsApp*. Manoela relatava que estavam sentindo muita falta da equipe. Diante da tela do celular, o garoto se animou, sorriu e balançou as mãos ao ver os profissionais.

Como os atendimentos estavam em conjunto com a Terapeuta Ocupacional na mesma chamada de vídeo, o analista percebia que Manoela trazia poucos conteúdos devido à presença dessa profissional; a genitora usava os atendimentos para solicitar atividades e estímulos para realizar em casa durante o isolamento.

Com o término do projeto à vista, trabalhou-se o encerramento e foi retomado o combinado que estava pendente sobre o relatório de **quem era Joaquim**. Apenas duas semanas antes do término, Manoela encaminhou o relatório admitindo que a “*escrita a ajudou a reconhecer pontos que passavam despercebidos*”. Aqui podemos constatar que houve um ato analítico. No relatório, ela narrou:

- a) a demora em passar a amar e aceitar o filho; a dificuldade em exercer o papel de mãe, atribuída à recusa da amamentação por parte de Joaquim; a rotina do trabalho; e a presença de Josefa, que “*foi mais mãe dele do que Manoela, no entanto, sem corresponder ao amor que Joaquim merecia*”;
- b) sua insegurança ante o diagnóstico não definido;
- c) reconheceu as limitações presentes em Joaquim, como a fala e o desfralde que ainda não havia ocorrido, mas também os avanços desse período. Manoela e Joaquim encontraram uma forma de comunicação que envolvia a voz da mãe, os olhares, sorrisos e toques de ambos. Joaquim ia em direção à mãe para chamá-la quando

queria algo, chamava-a puxando a roupa ou pegando pela mão e a levando para algum lugar;

- d) Manoela também reconheceu que Joaquim gostava de música e da mãe cantando para ele, e aprendia coisas que não lhe ensinavam. A mãe comenta, ainda, das peraltices que a criança vinha fazendo e sobre o que tinham brincado. Caracteriza o filho como “*corajoso, cauteloso, curioso, carinhoso, decidido e sorridente*”. Pontuou qualidades e defeitos;
- e) Manoela disse ter certeza de que “*agora Joaquim a reconhece como sendo sua mãe*”. Eram as respostas do filho que fomentavam o lugar de mãe!

Na penúltima sessão, a pedido do analista e em comum acordo com a terapeuta ocupacional, o atendimento ocorreu somente com o psicólogo. Manoela estava bastante emocionada ao falar do texto que elaborou e com o encerramento do projeto. Diante disso, a mãe afirmou: “*eu não conseguia amá-lo porque eu não sabia se ele me amava de volta*”. Com base em seu texto, questionou-se o que Manoela acreditava que tinha acontecido em sua relação com Joaquim. Ela respondeu: “*Sou mãe agora*”! Então, o analista acrescenta: “*Nasceu uma mãe... Mãe do Joaquim, não de qualquer outra coisa*”. O amor esteve fraturado durante muito tempo, portanto, justificando a escassez de investimentos libidinais por parte de Manoela. O ato de entrada na posição parental, como indicado por Garrafa (2020) se realiza após a confirmação da criança, ao passo em que, a partir daí, o amor pode florescer.

Manoela continuava chorando, estava muito emocionada, agradecia o trabalho e que agora fazia muito sentido toda a posição e o pedido do relatório do filho. Ela retomou a questão do diagnóstico e perguntou se o analista acreditava que Joaquim era autista mesmo. Comentou-se que, naquele instante, próximo aos 3 anos, poder-se-ia dizer que ele estava em um “*estado autístico, mas que ele havia mostrado muitas aberturas e disponibilidade para o outro*”. E que, para além disso, na época em que o diagnóstico entrou em pauta não era possível jogar com essa ideia, uma vez que a relação entre ela e Joaquim ainda estava muito frágil. Reafirmou-se que o trabalho de análise caminhou na direção de construir “*a mãe do Joaquim*”, não “*a mãe do autista*”. Ressaltou-se o valor de sua carta e que ali tinha, de fato uma relação, que não estava presente desde o início. Manoela disse que já imaginava que seria falado isso sobre o estado de Joaquim, mas, dessa vez, sentia um impacto diferente, porque ela já conhecia mais seu filho.

Nesse caso, vemos que não basta nascer um bebê para que a parentalidade se instaure. O diagnóstico entrou em jogo e estremeceu a frágil relação entre os dois, mas também possibilitou a subjetivação desse estranho, por meio da escuta e das intervenções do analista, que auxiliaram Manoela a criar outros significantes para se referir ao filho. Ao reorganizar a

filiação, Manoela passou a ser mãe de Joaquim e não de um diagnóstico ou de um estranho. Por meio da construção de uma narrativa, com um “relatório”, novas significações puderam ser dadas por Manoela, tanto em relação à sua maternidade quanto a Joaquim e o diagnóstico recebido.

A última chamada de vídeo ocorreu com a T.O., Joaquim e Manoela. Nessa despedida, pela primeira vez, Joaquim falou a primeira palavra com sentido e endereçada ao outro; o garoto olhou para a câmera do celular e disse: “*tchau*”.

6.3 José, Maria e Samuel: “*ele é o meu downzinho*”

Samuel chegou acompanhado do pai para atendimento por volta dos 7 meses de idade, era o filho mais novo do casal, Maria e José, e, na época, o irmão mais velho tinha 8 anos. José era o responsável pelos cuidados do bebê, em virtude de um problema de saúde na coluna que necessitava de tratamento. O pai era o agente da função materna, era ele que acompanhava, majoritariamente, junto do filho mais velho, Samuel nos tratamentos. A mãe tinha um emprego com horários menos flexíveis e dificilmente conseguia comparecer à instituição.

Durante as sessões, o pai não trazia nenhuma queixa ou demanda com relação a Samuel. Ele continuava levando o bebê aos atendimentos da Psicologia, pois fazia parte do tratamento e do “pacote” de atendimentos (que foi o que ele tinha entendido do enquadre institucional no começo do serviço). A transferência do pai era para com a instituição, sua suposição de saber e expectativas quanto à evolução de Samuel envolviam o “tratamento” de modo generalizado.

José e Samuel tinham uma relação muito afetuosa e prazerosa. Os olhos do pai brilhavam ao brincar com o bebê, que respondia com sorrisos e mandava beijos. O pai dizia que amava muito o filho e estava empenhado em tratar sua coluna, a fim de continuar cuidando do bebê. Samuel estava alçado ao lugar de objeto causa de desejo, de amor e de gozo para esse homem.

Quando perguntado para José sobre o diagnóstico do filho e como foi recebê-lo, o pai continuava brincando com Samuel e respondeu: “*ele é normal, mas tem as dificuldades dele. Mas quem não tem?*”. Completava: “*ele é esperto*”, “*briga com o irmão*”, “*tem gênio forte*” e “*também faz as birras dele*”. “*Ele não é mole, não*”⁵⁶. José era capaz de ir além do diagnóstico

⁵⁶ Curiosamente, Samuel, entre todos os outros bebês com Síndrome de Down que atendíamos na instituição, era o que tinha melhor tônus muscular e foi o primeiro a alcançar marcos do desenvolvimento motor (sentar-se, engatinhar e andar), segundo a fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Comumente, pessoas com S.D. possuem hipotonia muscular e frouxidão dos ligamentos, contribuindo para o atraso nessa esfera, bem como na mastigação, deglutição e na articulação da fala.

do filho, em que a cadeia de significantes se deslocava para nomeações mais subjetivas.

Após alguns meses de acompanhamento individual, notei que o pai não iria produzir uma demanda de análise e que Samuel estava com sua constituição psíquica em curso, sem apresentar sintomas ou entraves. Contudo, eu ainda não tinha tido a oportunidade de conversar com a mãe. Desse modo, em conjunto com a fisioterapeuta, decidimos que seguiríamos os nossos atendimentos em conjunto, pois, além de mudar o horário e o dia de semana, favorecendo o comparecimento de Maria, poderíamos proporcionar alguns exercícios e atividades motoras dentro de brincadeiras, já que o bebê algumas vezes recusava-se a realizar os estímulos propostos, buscando o pai para brincar.

Samuel avançava bem nas terapias – essa era a principal fala durante as reuniões de equipe. Entretanto, Maria pouco vinha para o tratamento do filho. Pedimos, então, à Assistente Social para convocá-la a falar sobre as conquistas e evoluções do bebê. Maria compareceu a algumas sessões, estava bastante disponível e se mostrava interessada ao que os profissionais tinham a dizer e perguntar sobre seu filho.

Em seus relatos, Maria dizia que o bebê era “*um grude*” com o pai e com o irmão, salientando que ele era mais apegado a José do que a ela, já que eles passavam mais tempo juntos: “*ele é apaixonado pelo pai*”, completou. Relatava que ela dava mais broncas em Samuel do que o pai, pois José “*fazia tudo o que ele [o bebê] queria*”.

Quando perguntada sobre o diagnóstico do filho, Maria comentou sobre o susto diante da notícia da Síndrome de *Down*, recebido somente no pós-parto, já que pelos exames pré-natais não tinham sido detectadas doenças ou anomalias cromossômicas. Em seguida, ela ressalta, aliviada, que Samuel tinha vindo com saúde e não tinha os “*probleminhas de quem é Down*” (aqui ela faz referência ao bebê não ter nenhuma alteração na visão ou audição e qualquer tipo de cardiopatia congênita – condições que atingem considerável quantidade de pessoas que tem essa alteração genética). A partir dessa fala, percebe-se que, para Maria, o diagnóstico de Síndrome de *Down* do filho não estava sendo tomado a partir da doença, como um elemento deficitário que poderia vir a fraturar o amor e levar a um desinvestimento no filho.

Contrariamente a isso, Maria também dizia que acompanhava uma criança *influencer* com Síndrome de *Down* nas redes sociais, a qual fazia postagens e *lives* sobre tarefas cotidianas, suas conquistas e habilidades. Assistir à rotina da *influencer* deixava Maria bastante empolgada, pois a criança-modelo-das-telas passou a ser um referente de futuro, ou seja, possibilidades do que Samuel poderia ser, o que alimentava os sonhos da genitora para com o seu filho.

Uma vez que não estava paralisada com o susto inicial da revelação diagnóstica, bem como não tomava a S.D. como doença, Maria podia sonhar um futuro para Samuel, apoiada em

uma outra criança com a mesma síndrome, em um lugar de potência. Emocionada e com Samuel no colo, Maria afirma, carinhosamente: “*Ele é o meu downzinho*”. Naquele instante essa frase soou como uma conclusão, como um arremate ante aos meus pedidos de conversar com a mãe.

A afirmação “*ele é o meu downzinho*” pode ser lida como uma maneira que Maria encontrou de amarrar o diagnóstico médico, a filiação e a nomeação. Estamos aqui diante de um exemplo da apropriação do diagnóstico do filho e da produção de uma nomeação singular por meio das marcas provenientes da revelação diagnóstica. Apesar do susto, o diagnóstico não foi negado, tampouco utilizado como sinônimo ou correspondente a quem é Samuel, mas sim foi colocado em campo e subjetivado por Maria.

Cabe ressaltar que a subjetivação do diagnóstico ocorreu sem quaisquer intervenções do analista. Supõe-se, assim, que tenha sido um trabalho psíquico de Maria previamente à chegada na instituição, uma vez que desde o início do tratamento, Samuel respondia muito bem às intervenções de todos os profissionais. Em algum momento, Maria pode ir ao encontro de discursos menos determinativos, abertos para novos sentidos.

Aqui o “*meu downzinho*” está no campo de uma nomeação própria feita pela família, em virtude de uma apropriação do diagnóstico; diferentemente de expressões automeadas na contemporaneidade, como “*nós os TDAH*” e “*as borderlines*”, por exemplo, que estão a serviço de processo identitários, cuja predicação muitas vezes vem para justificar e/ou eximir-se da responsabilidade subjetiva de determinadas escolhas, comportamentos e/ou interesses. Além disso, o pronome “meu” também indica que não se trata de qualquer bebê com Síndrome de Down, mas sim um bebê que está localizado no desejo não anônimo de alguém.

Quando um bebê é suposto e reconhecido como sujeito, inserido em uma filiação, situado como objeto que causa o desejo e provoca prazer aos seus cuidadores, é aporte de investimentos narcísicos, ao mesmo tempo em que a falta pode ser reatualizada e colocada em jogo, tem-se um bom lugar para uma criança (Flesler, 2021).

O tratamento foi encerrado assim como nos outros casos citados: atravessados abruptamente pela pandemia da COVID-19. As sessões *on-line* pouco ocorreram, em virtude de dificuldades da família em se organizar para esse compromisso e do agravamento do quadro de saúde de José.

6.4 Considerações sobre os casos clínicos

Apresentamos três casos com o intuito de promover diferentes reflexões sobre os diagnósticos em bebês para a parentalidade. Os processos e os desfechos possíveis, àquela

época, para Paula, Manoela, Maria e José, são distintos e acreditamos que não se devem somente aos diferentes diagnósticos de seus bebês, tampouco à etiologia dos quadros clínicos. Pontuamos que os diferentes percursos envolvem o modo como o diagnóstico foi revelado, como foi possível (ou não) ser trabalhado na cadeia de significantes e nomeado; o luto de marcas anteriores na história de vida dos cuidadores; a construção de narrativas frente ao que se passava com seus filhos; bem como no enlace entre amor, desejo e gozo.

No primeiro caso apresentado, a necessidade de um diagnóstico para demarcar algo para Paula foi de suma importância, uma vez que intensa angústia era sinal de lutos prévios pouco elaborados e que tinham relação ao que levou ao quadro clínico de Laís. A revelação de um diagnóstico para essa mãe possibilitou que a indeterminação pudesse ficar menos assustadora, sem, no entanto, levar a um processo de identificação da bebê com o diagnóstico, até aquele período. O diagnóstico, em sua função performativa, evidenciou a força de produzir realidades e favoreceu com que Paula pudesse assumir a maternidade e destinar os cuidados à bebê de outra maneira. "Assim como o mar delimita o que é terra, recortar até onde era possível ir favoreceu que Paula pudesse ir adiante: *“Tem coisas que não dá para fazer, mas o que der eu vou atrás para o melhor da minha filha”* (Fraga, Lima & Kupfer, 2023, p. 425).

Para Manoela e sua mãe (avó de Joaquim), podemos perceber a força do diagnóstico médico como um ato de fala, considerando a autoridade médica com a qual tal ato foi proferido. Mesmo diante de um posicionamento contrário da equipe, a força do ato se sustentou e o nome do diagnóstico compôs o modo como Joaquim era referido pelos familiares, de maneira genérica e sem necessariamente uma construção singular a respeito. Entretanto, em virtude da transferência amorosa estabelecida para com o analista foi possível realizar um ato analítico na contramão do ato diagnóstico, possibilitando a abertura do sentido. O pedido do relatório dizendo sobre quem era o garoto e a produção do documento, em consequência disso, evidencia o trabalho analítico em direção à dialetização daquilo que compõe um diagnóstico. A produção do relatório pode ser tomada como um primeiro momento de uma nomeação, por meio da construção de uma narrativa própria acerca do que a revelação diagnóstica circunscreveu. O manejo de “resistir à entrada do diagnóstico” teve o intuito de navegar em direção ao resgate da espontaneidade e reconhecer o que estava obstruído na relação com Joaquim. Tal manejo permitiu desbravar outros territórios e fundar um novo: o de mãe, *“agora sou mãe”* (Fraga, Lima, & Kupfer, 2023, p. 425).

Quanto à José e Maria, foi possível notar o desfecho de um trabalho psíquico previamente realizado, principalmente por Maria, sobre o diagnóstico de Samuel. A partir do modo particularizado com que os pais se dirigiam ao bebê, da correspondência comunicativa

existente e dos rápidos avanços durante o tratamento, Samuel estava sendo tomado enquanto sujeito e estava localizado no desejo não anônimo de alguém. A nomeação “*meu downzinho*” feita por Maria, ao mesmo tempo em que comenta que o filho não tem “*os probleminhas de quem é Down*” indica que houve uma apropriação daquilo que é do filho, sem escamotear a patologia, dando lugar à subjetividade do bebê.

Desse modo, a pesquisa permitiu acrescentar novas perspectivas para a leitura dos casos apresentados, ao delimitar três diferentes momentos subjetivos para aqueles pais e mães, ao receberem e/ou conseguirem produzir algo sobre o diagnóstico de seus filhos. O entendimento sobre os diagnósticos em bebês pode ser ampliado, ao considerar a revelação, a identificação e a nomeação como parâmetros importantes a fim de delinear em que momento cada família se encontra nesse processo. Sustentar a indeterminação pode contribuir para que as significações não se cristalizem em um sentido único e anônimo, referenciado à descrição do quadro clínico estabelecido pelos manuais estatísticos.

Foi possível estender a compreensão dessa temática, considerando que não são em todas as relações que o diagnóstico terá um efeito de enlace entre pais e filhos; assim como nem sempre o diagnóstico necessita ser contraindicado, em virtude de uma crença de perigo. Para além da revelação do diagnóstico, o que está em jogo são as narrativas construídas, como se nomeia e quem nomeia, visto que “na confusão e desencontro de línguas, é primordial proporcionar tentativas de encontro, pois, ao embaralhar e desembaralhar as palavras, criam-se diferentes textos, narrativas, funções e enlaces... entre os cuidadores e seus bebês” (Fraga, Lima, & Kupfer, 2023, p. 425).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esmiuçar as lógicas diagnósticas, percorrendo as alterações no campo da medicina, bem como sustentar uma argumentação, pela psicanálise lacaniana, a partir das noções de ato, discurso, narrativa, revelação e nomeação diagnóstica, permitiu que ampliássemos o campo de visão e escuta face a um fenômeno inerente à clínica e tão ressaltado na contemporaneidade: os diagnósticos. Articulado a isso, transitar pelas alterações familiares da parentalidade, bem como ressaltar que sua construção é efeito do laço social e dos discursos que a permeiam, fomentou um caminho para que pudéssemos dar novos contornos e concluir essa trajetória, lançando novas indagações.

A partir do nosso objetivo de pesquisa, podemos considerar que é possível que um diagnóstico de um filho (bebê) possa ser subjetivado pelos adultos cuidadores, sem, necessariamente, trazer prejuízos para o laço. Isso não significa que em todas as vezes esse processo será possível, tampouco que os pais terão possibilidade de irem ao encontro de um discurso (como o psicanalítico) o qual promova aberturas para ressignificações.

Durante esse trajeto, chegar nessa ponderação nos levou a trazer reflexões e indagações para o debate psicanalítico, no que tange à prática clínica com bebês que recebem diagnósticos. Realizar um percurso localizando os diferentes posicionamentos, na psicanálise, quando um diagnóstico corresponde a uma psicopatologia ou quando indica uma questão do organismo, trouxe importantes elementos para localizarmos diferentes posicionamentos éticos, clínicos e políticos. Essa distinção foi crucial para verificarmos que um diagnóstico no organismo, no levantamento realizado, foi menos considerado deletério e constritivo para a constituição subjetiva em comparação a um psicopatológico. Nessa alfândega, parece que há um determinado conjunto de concepções que não adverte do mesmo modo quando se trata de diferentes etiologias diagnósticas. Destrinchar esses elementos pode ser o escopo de pesquisas futuras.

Por meio de uma leitura lacaniana, os atos diagnósticos não podem ser tomados como entidades que provocariam um determinado efeito naqueles que o recebem, em uma relação de causalidade, tal qual seria se nos baseássemos na pragmática da linguagem austriana. A dimensão de sujeito do inconsciente precisa ser resgatada, considerando os pais enquanto sujeitos, que não estão reféns do discurso médico. Assim, as significações não são estanques e são passíveis de serem movimentadas, a partir da criação de narrativas sobre o que acomete cada um diante de um diagnóstico de um filho, levando-se em conta também as determinações sociais, políticas que incidem sobre aquele diagnóstico recebido.

Acreditamos que, por vezes, faz-se necessário circunscrever, para os pais, algum significativo, mesmo que provisório, para nomear o que se passa com o bebê (o que não corresponde a uma colagem, dependência ou uma posição a favor das categorias classificatórias nosográficas da medicina), para, em seguida, favorecer com que esse significativo seja desdobrado em sua cadeia, a fim de que o diagnóstico não se encerre em posição de congelamento de sentido para os pais. É fato que um diagnóstico provocará marcas; contudo, o que será possível de ser construído em decorrência disso é um dos aspectos relevantes que precisam ser destacados.

A avassaladora força que o discurso médico tem na contemporaneidade, principalmente pela ascensão dos diagnósticos nas últimas décadas por meio das alterações dos manuais classificatórios, parece levar a psicanálise a refutá-lo em alguma medida. Ao colocar-se resistente e em oposição a esse, pode levar pouco em conta os fundamentos antinômicos que constituem esses discursos, bem como as possibilidades do que pode ser feito a partir daí.

Apesar de a psicanálise e a medicina operarem por discursos inversos, não significa que precisem ser necessariamente rivalizadas. É importante sustentar as antinomias para que esses discursos possam coexistir e ter seus respectivos lugares, principalmente em uma instituição de saúde, desde que não se perca de vista os efeitos sociopolíticos e econômicos envolvidos. A inconformidade entre eles está dada, devido a seus imperativos metodológicos e ideológicos; dessa forma, a busca por uma unificação ou superposição entre eles é incorrer em insucesso.

Nesse sentido, acreditamos que a partir do momento em que o campo psicanalítico também sustenta uma narrativa determinativa de que os diagnósticos médicos em bebês (no que tange às psicopatologias, principalmente) são iatrogênicos, deletérios e provocadores de entraves, ele corrobora para a manutenção de uma lógica discursiva que deixa de lado o contingente e acaba fortalecendo, ainda que indiretamente, o discurso médico, ao criar entraves na “conversação” entre esses diferentes discursos.

Diante da inquietação em relação às profecias autorrealizáveis, argumentamos que a interpretação inversa de um potencial efeito como causa tem alimentado um alarmismo recorrente em relação aos diagnósticos na primeira infância por parte dos psicanalistas. Isso parece gerar consequências significativas para o campo, especialmente no que diz respeito à formulação de direções de tratamento e à relação da psicanálise com outros campos da saúde.

Talvez os psicanalistas estejam com certezas demais, ao confiarem previamente em um efeito iatrogênico de um diagnóstico realizado durante os primeiros tempos de vida. Tal posição parece residir na crença de que o discurso médico é mais potente do que as produções singulares dos pais. Trazer outra leitura para o debate envolve balançar tais certezas, sem a intenção de

que uma nova sobrevenha a essa. Suprimir ou contornar a temática dos diagnósticos na primeira infância, bem como o excesso de prudência do lado dos psicanalistas, não necessariamente contribui para que possamos encontrar possibilidades e derivar o assunto em outra direção. Ao se posicionar e deixar em segundo plano o caráter de indeterminação do inconsciente e, portanto, das significações que um diagnóstico pode ter para aqueles que o recebem, o campo psicanalítico deixa de mirar no que nos parece mais significativo nesse processo: o trabalho com os pais e o modo pelo qual eles irão se relacionar com o diagnóstico de seus filhos.

Questionamos, assim, se a hiperdiagnose de psicopatologias, por exemplo, na contemporaneidade, pode ter relação com rivalização discursiva dos psicanalistas com o discurso médico, no campo social. Lembremos com Goldenberg (2011) para quem a omissão da psicanálise contribuiu para fortalecer a ascensão do campo médico no que tange aos diagnósticos.

Diante da preocupação primária com a criança, seu futuro e constituição psíquica, tal perspectiva subestima a produção dos pais e o que uma psicanálise tem, por função, realizar: promover aberturas para o possível, ao reproduzir colisões entre o impossível e o contingente, por meio da voz, da palavra e do significante (Lollo & Maranhão, 2018), reiterando a ideia de que a linguagem é um “dispositivo transformativo do mundo e do sujeito, da clínica e da política” (Dunker, Paulon, & Milán-Ramos, 2016, p. 8). Dessa forma, faz parte, também, do ofício do psicanalista sustentar as indeterminações por meio das nomeações e “narrativizações” das experiências.

É preciso ressaltar que o que é formulado teoricamente conduzirá a escuta clínica de um psicanalista, logo as (im)possibilidades de manejo e intervenção. Assim, qual contribuição uma leitura alarmista sobre os diagnósticos em bebês reserva para a parentalidade? Nessa perspectiva, ao preocupar-se, majoritariamente, com o bebê, revela-se a insondável questão que a psicanálise frequentemente versa: o difícil lugar dos pais na psicanálise com crianças e bebês.

Por fim, o percurso realizado nesta pesquisa também nos permitiu aventar que tais considerações podem evidenciar alguns dos motivos da escassez de trabalhos acadêmicos articulando psicanálise, parentalidade e diagnóstico em bebês. Dessa maneira, tomar a temática sob a vertente da parentalidade forneceu construções para que o debate possa prosseguir na direção de precisar cada vez mais a importância do lugar dos pais na constituição do sujeito na criança que recebe um diagnóstico; além, é claro, de lançar luz sob um ângulo diferente sobre os diagnósticos na primeira infância.

REFERÊNCIAS

- Adami, F. S., Kessler, C. H., & Dunker, C. I. L. (2021). Ato analítico e a potência clínica do indeterminado. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 24(4), 543–569. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n4p543.4>
- Adami, F.S. (2020). *Entre atos e hi(atos): considerações acerca da potência clínica das experiências produtivas de indeterminação* (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/219214>
- Agamben, G. (2009). O que é o contemporâneo? In G. Agamben, *O que é o contemporâneo? e outros ensaios* (V. Honesko, trad., pp. 55-76). Chapecó, SC: Argos.
- Akimoto Junior, C. K. (2016). *Potencial iatrogênico da psicanálise*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-22092016-155158/pt-br.php>
- Arantes, R. L., & Rosi, F. S. (2020). Clínica com bebês: desnaturalizando conceitos. *Cadernos Brasileiros e Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 12(31), 120–143. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v12i31.69752>
- Ariès, P. (1986). *História social da criança e da família* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara.
- Austin, J. L. (1990). *Quando dizer é fazer – palavras e ação*. (Trad Danilo Marcondes de Souza Filho). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962).
- Battikha, E. C., Faria, M. C. C. de, & Kopelman, B. I. (2007). As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(1), 17–24. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000100003>
- Bergès J. (1988). Lesão real e lesão fantasmática. In: *Escritos da criança - Doze textos de Jean Bergès*. (3a ed., N. 2, pp. 35-40). Porto Alegre, RS: Centro Lydia Coriat.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. M. F. (2007). A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. *Estilos da Clínica*, 12(22), 48-67. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282007000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Bernardino, L. M. F. (2015). A questão do diagnóstico na primeira infância: entre a indicação de risco e a definição de um destino. In R. M. Volich, & W. Ranna; M.E.P. Labaki. (Org.), *Psicossoma V: integração, desintegração e limites* (Vol. 1, pp. 347-353). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. M. F. (2016). Pontos polêmicos em clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas. In: S. Rabello & M. Bialer (Orgs), *Laço mãe-bebê: intervenções e cuidados*. (pp. 17-36). São Paulo, SP: Primavera Editorial
- Bernardino, L. M. F. (2020). A concepção lacaniana de sujeito. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs). *Laço* (Vol. 5, pp. 27-36, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.

- Bialer, M. (2016). A loucura materna e o laço mãe-bebê. In: S. Rabello, & M. Bialer (Orgs). *Laço mãe-bebê: intervenções e cuidados*. (pp. 195-211). São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 12, 9-17. doi: [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(78\)90017-2](https://doi.org/10.1016/0271-7123(78)90017-2)
- Brito, A. V., & Caliman, L. V. (2017). O diagnóstico da linguagem e a linguagem do diagnóstico: uma perspectiva pragmática. *Psicologia em Revista*, 23(3), 994-1011. doi: <https://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n3p994-1011>
- Brown, P. (1990). The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis. *Journal of Mind and Behavior*. 11(3-4), 385-406. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/43854099#metadata_info_tab_contents
- Brown, P. (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of health and social behavior, Spec No*, 34-52. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/2626956#metadata_info_tab_contents
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1943).
- Caponi, S. (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 24(3), 741-763. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>
- Castellani, M. M. X. (2014). *Contar ou não contar, eis a questão: um olhar psicanalítico sobre a experiência da revelação diagnóstica de HIV, em jovens infectados por transmissão vertical*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo) doi: <https://doi.org/10.11606/D.47.2014.tde-16032015-102901>.
- Castellani, M. M. X. (2020). *Uma escrita psicanalítica da experiência do diagnóstico médico e seus tempos subjetivos: revelação, identificação e nomeação* (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). doi: <https://doi.org/10.11606/T.47.2020.tde-24092020-200814>.
- Catão, I., & Vivès, J. (2011). Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. *Estudos de Psicanálise*, (36), 83-92. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300007&lng=pt&tlng=pt.%2028.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Crespin, G. C. (2004). Os sinais de sofrimento psíquico. In: C.G. Crespin. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. (pp. 47-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crespin, G. C. (2016). Pode-se fazer a prevenção? In: C.G. Crespin. *A escuta de crianças na educação infantil*. (pp. 129-142). São Paulo: Instituto Langage.
- Danziato, L., Martins, A. C. B. L., & Matos, S. S. (2018). Psicanálise e biopolítica: o fascínio do discurso médico. *Revista Subjetividades*, 18(Esp), 44-54. doi: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v18iEsp.6591>
- Dias, E. C., & Moretto, M. L. T. (2017). A construção do caso clínico como via de transmissão dap nas Instituições de saúde. In R. Lerner (Org.), *Atualidades na Investigação*

- em Psicologia e Psicanálise* (pp. 51 -64). São Paulo: Blucher. doi: 10.5151/9788580393101-03
- Dickson, E. (2023, 21 de abril). A Very Specific Flavor of Shit’: Why Mommy Influencers Make Us Feel So Bad About Ourselves. *Rolling Stones*. Recuperado de <https://www.rollingstone.com/culture/culture-features/mom-influencers-history-american-motherhood-tiktok-instagram-1234716504/>
- Diniz, M. (2008). Os equívocos da infância medicalizada. *Formação de profissionais e a criança-sujeito*, 7. (Proceedings online). Recuperado de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=abn.
- Dunker, C. I. L. (2000). Clínica, linguagem e subjetividade. *Distúrbios da comunicação*, 12(1), 39-60. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11230/22788>
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* (Coleção Ato Psicanalítico) São Paulo, SP: Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79-107. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros* (Coleção Estado de Sítio). São Paulo, SP: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2018). Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não toda [Epílogo]. In: *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Dunker, C. I. L. (2020a). Economia libidinal da parentalidade. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs), *Parentalidade*. (Vol. 1, pp. 39-54, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Dunker, C. I. L. (2020b). Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. In M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. T. Moretto (Orgs). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 65-88). São Paulo, SP: Escuta.
- Dunker, C. I. L. (2023). *Lutos finitos e infinitos*. São Paulo, SP: Planeta do Brasil.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), 611-626. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003>
- Dunker, C. I. L., Paulon, C. P., & Milán-Ramos, J. G. (2016). *Análise psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas*. São Paulo: Editora Estação das Letras e Cores.
- Faria, M. R. (2003). *Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo de Freud a Lacan*. Taubaté, SP: Editora Cabral.
- Faria, M. R. (2005). O que é um pai para uma criança? Considerações sobre o caso Hans. *Estilos da Clínica*, 10(19), 154-161. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200009&lng=pt&tlng=pt.

- Faria, M. R. (2019). *Real, simbólico e imaginário no ensino de Jacques Lacan*. São Paulo, SP: Toro Editora.
- Fender, W. D., & Moretto, M. L. T. (2020). Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. *Revista da SBPH*, 23(1), 3-15. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100002&lng=pt&tlng=p
- Fendrik, S. (2011). O DSM-IV: Uma metafísica comportamentalista? In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 29-44). São Paulo: Via Lettera.
- Fernandes, C. M. (2012). *O sofrimento na pequena infância: uma introdução à psicopatologia do bebê*. Campina Grande: EDUFGC.
- Fernandes, C. M. (2019). As armadilhas da prevenção e o cuidado socialmente contextualizado da primeira infância. In L. T. L. S. Surjus, & M. A. Moysés (Orgs.) *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência* (Vol. 1, pp. 50-60, Coleção Saúde Mental De Crianças E Adolescentes). Santos, SP: Unifesp/ Abrasme.
- Fernandes, S. (2022, 20 de julho). Depressão não tem relação direta com baixos níveis de serotonina, diz pesquisa. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/07/depressao-nao-tem-relacao-direta-com-baixos-niveis-de-serotonina-diz-pesquisa.shtml>
- Flesler, A. (2012). *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais* (E. Aguiar, trad). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Flesler, A. (2021). *A criança em análise e as intervenções do analista* (J. L. Martíren, trad.) São Leopoldo, RS: Discurso.
- Foucault, M. (2005). Aula de 17 de março de 1976. In M. Foucault, *Em defesa da sociedade – Curso no Collège de France (1975-1976)* (M. E Galvão, trad., pp. 285-315). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, 18, 167-194 (H. Conde, trad.) Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432> (Trabalho original publicado em 1974).
- Foucault, M. (2021a). *O nascimento da clínica* (7a ed., R. Machado, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Forense. (Trabalho original publicado em 1963).
- Foucault, M. (2021b). O nascimento da medicina social. In R. Machado (Org.), *Microfísica do Poder* (12a ed, R. Machado, trad., pp. 142-170). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1974).
- Foucault, M. (2021c). O nascimento do hospital. In R. Machado (Org.), *Microfísica do Poder* (12a ed., R. Machado, trad., pp. 171-189). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1974).

- Foucault, M. (2021d). Verdade e poder. In R. Machado (Org.), *Microfísica do poder* (12a ed., R. Machado, trad., pp. 35-54). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1977).
- Fraga, M. A., Lima, H. M. M., & Kupfer, M. C. M. (2023). A construção da parentalidade diante do diagnóstico em bebês: da indefinição à nomeação. *Tempo Psicanalítico*, 55, 398-431. Recuperado de <https://tempopsicanalitico.com.br/tempopsicanalitico/article/view/666>
- Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: S. Freud. *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, trad., Vol.3, pp. 89-112) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895 [1894]).
- Freud, S. (2010a). Além do princípio do prazer (1920). In S. Freud, *Obras completas: História de uma neurose infantil: ("O homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos*. (P. C. Souza, trad., Vol. 14, pp. 161-239). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2010b). Introdução ao narcisismo. (1914). In S. Freud, *Obras completas: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (P. C. Souza, trad., Vol. 12, pp. 13-50). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010c). Luto e Melancolia (1915). In: Freud, S. *Obras completas: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Paulo César Souza, trad., Vol. 12, pp. 170-194). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado 1915).
- Freud, S. (2010d). O mal-estar na civilização (1930). In: S. Freud. *Obras completas: O mal-estar na civilização na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. (Paulo César Souza, trad., Vol. 18 pp. 13-122). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado 1930).
- Freud, S. (2014a). 25ª A angústia. In S. Freud, *Obras completas: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)*. (Sergio Tellaroli, trad., Vol. 13, p. 613). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2014b). A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial (1926). In S. Freud, *Obras completas: inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)* (P. C. Souza, trad., Vol. 17 pp. 124-230). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado 1926).
- Freud, S. (2014c). Inibição sintoma angústia (1926). In S. Freud, *Obras completas: inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. (Paulo César Souza, trad., Vol. 17 pp. 13-123). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado 1926).
- Freud, S. (2014d). Novas conferências introdutórias à psicanálise (1933). In S. Freud, *Obras completas: O mal-estar na civilização na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. (Paulo César Souza, trad., Vol. 18 pp. 123-354). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado 1933).

- Freud, S. (2015). O romance familiar dos neuróticos. (1908). In S. Freud, *Obras completas: o delírio e os sonhos na gradiva, análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)* (P. C. Souza, trad., Vol. 8, pp. 419-424). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1908).
- Frey, E., Bonfiglioli, C., Brunner, M., & Frawley, J. (2022). Parents' Use of Social Media as a Health Information Source for Their Children: A Scoping Review. *Academic pediatrics*, 22(4), 526–539. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.12.006>
- Garrafa, T. (2019). Os pais chegam antes. *Revista Cult*, 2(251), 27-29. Recuperado de <https://revistacult.uol.com.br/home/os-pais-chegam-antes/>
- Garrafa, T. (2020). Primeiros tempos da parentalidade. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs), *Parentalidade* (Vol. 1, pp. 55-70, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Gerbase, J. (2015). *Atos de fala*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico.
- Goldenberg, R. (2011). (Quem tem medo do) DSM-IV? In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 39-44). São Paulo: Via Lettera.
- Gomes, J. de S., & Muniz, A. G. C. R. (2020). Diagnóstico como acordo social: Contribuições a partir da Sociologia do Diagnóstico. *Movimento-Revista De educação*, 7(15), 184-193. doi: <https://doi.org/10.22409/mov.v7i15.42978>
- Guarido, R. L. (2008). "*O que não tem remédio, remediado está*": medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo). doi: <https://doi.org/10.11606/D.48.2008.tde-16062008-140514>.
- Guerra, A. M. C. & Vorcaro, A. M. R. (2018). Apresentação. In A. M. C. Guerra, & A. M. R. Vorcaro (Diretoras). *A teoria da nomeação na obra de Jacques Lacan* (pp.11-14). Curitiba: CRV.
- Hilferding, M. (1911). Conferência: Sobre as bases do amor materno. In M. Hilferding, T. Pinheiro & H. B. Vianna. *As bases do amor materno*. (pp. 89-101). São Paulo, SP: Escuta.
- Iaconelli, V. (2013). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). doi: <https://doi.org/10.11606/T.47.2013.tde-07052013-102844>.
- Iaconelli, V. (2019). Apresentação. *Revista Cult*, 2(251), 20-22.
- Iaconelli, V. (2020). Sobre as origens: muito além da mãe. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs), *Parentalidade* (Vol. 1., pp. 11-20, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Instituto Nacional do Seguro Social (2020). *Benefício assistencial à pessoa com deficiência (BPC)*. Brasília, DF: INSS. Recuperado de <https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>
- Jaquetti, R. C., & Mariotto, R. M. M. (2004). Maternidade contemporânea: novos significantes, velhos desejos. *Estilos da Clínica*, 9(16), 50-57. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282004000100005&lng=pt&tlng=pt.

- Jerusalinsky, A. (1993). Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. *Psicose Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 4(9).
- Jerusalinsky, A. (2010) A direção da cura do que não se cura. In: Jerusalinsky, A. e cols. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. (5a ed., pp. 89-106). Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (2011). Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 231-242). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Jerusalinsky, J. (2000). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 5(8), 49-63. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282000000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. (3a ed., Coleção Calças Curtas). Salvador, BA: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2014). *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. (2a ed., Coleção Calças Curtas). Salvador, BA: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In M. Kamers, R.M.M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 103-115). São Paulo, SP: Escuta.
- Jorge, M.A.C. (1983). Discurso médico e discurso psicanalítico. In J. Clavreaul, *A ordem médica* (pp. 7-28). São Paulo, SP: Brasiliense.
- Jutel A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of health & illness*, 31(2), 278–299. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Jutel, A. G. (2011). *Putting a name to it: Diagnosis in contemporary society*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Kamers, M. (2015). Psicopatologia dos transtornos do comportamento. In M. Kamers, R. M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 267-288). São Paulo, SP: Escuta.
- Kamers, M. (2020). Os riscos da nomeação diagnóstica e o uso de psicofármacos na infância. In: I. Catão (Org.). *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça!* (pp. 208-230). Salvador, BA: Ágalma.
- Kammerer, T., & Wartel, R. (1989). Diálogo sobre os diagnósticos. In J. Lacan et al., *A querela dos diagnósticos* (L. Forbes, trad., Coleção Cliniques, pp. 27-44). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Katz, I. (2019). Infâncias: uma questão para a psicanálise. In L. T. L. S. Surjus; M. A. Moysés (Orgs.) *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência* (Vol. 1, pp. 85-97, Coleção Saúde Mental De Crianças E Adolescentes). Santos, SP: Unifesp/ Abrasme.
- Katz, I. (2021a) Infâncias e parentalidade: nomeações, funções e funcionamentos. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs). *Tempo*. (Vol. 5, pp. 117-134, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.

- Katz, I. (2021b). O recurso à criança para dizer o indizível. *Lacuna: uma revista de psicanálise*, São Paulo, (11), 5. Recuperado de <https://revistalacuna.com/2021/07/20/n-11-05>.
- Katz, I. (2021c, 03 de maio). As marcas da infância são indelévels? [Áudio Podcast]. [Entrevistadora: Cláudia Aratangy]. Brasil: Critique em um instante: Especial "Onde tudo começa?". Recuperado de <https://soundcloud.com/user-518880571/as-marcas-da-infancia-sao-indeleveis-ilana-katz>.
- Katz, I. (2022). *Infâncias contra hegemônicas para descolonizar a psicanálise*. Recuperado de <https://www.n-1edicoes.org/infancias-contr-hegemonicas-para-descolonizar-a-psicanalise>.
- Kehl, M. R. (2021). Em defesa da família tentacular. In Mena, L (Org), *O infamiliar na contemporaneidade: o que faz família hoje?* (pp. 15-35, Coleção Psicanálise da Criança). Salvador, BA: Ágalma. (Trabalho original publicado em 2013).
- Krutzen, H. (2022). *Índex de referências dos seminários de Jacques Lacan 1952-1980*. São Paulo: Toro Editora.
- Kupfer, M. C. M. (1992). A contribuição da psicanálise aos estudos sobre família e educação. *Psicologia USP*, 3(1-2), 77-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771992000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Kupfer, M. C. M. (1999). Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos da Clínica*, 4(7), 96-107. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010&lng=pt&tlng=pt.
- Kupfer, M. C. M. & Bernardino, L. M. F. (2018). IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à polis. *Estilos da Clínica*, 23(1), 62-82. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p62-82>
- Kupfer, M. C. M., & Fraga, M. A. (2021). O que o atendimento de crianças pequenas pode nos ensinar sobre a transferência no autismo. In Barbosa, D. C. (Org). *Clínica psicanalítica de crianças e bebês: relatos de uma práxis*. (pp. 111-128). Alagoinhas, BA: Balbucio.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stellin, R., Pesaro, M. E., Lerner, R. (2009). O valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68.
- Kuss, A. S. S. (2021). Tornar-se mãe, o que é isso? Considerações psicanalíticas sobre o tornar-se mãe em tempos de redes sociais. In Mena, L. (Org), *O infamiliar na contemporaneidade: o que faz família hoje?* (pp. 62-78, Coleção Psicanálise da Criança). Salvador, BA: Ágalma.
- Lacan J. (2003a). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 29-90). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1938).
- Lacan J. (2003b). Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 369-370). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969).

- Lacan, J. (1985). *O seminário – Livro 20: mais, ainda* (2a ed., M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar (Seminário originalmente proferido em 1972-1973).
- Lacan, J. (1992). *O seminário*, Livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1998a). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).
- Lacan, J. (1998b). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In J. Lacan, *Escritos*. (pp. 197-213). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1945).
- Lacan, J. (1998c). Subversão do sujeito e dialética do desejo. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 807-843). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960).
- Lacan, J. (1999). *O Seminário - Livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar (Seminário originalmente proferido em 1957-1958).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, (32), 8-14. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2001). *O seminário – Livro 15: O ato analítico*. Porto Alegre, RS: Escola de estudos psicanalíticos. (Seminário originalmente proferido em 1967-1968)
- Lacan, J. (2003c). O aturdido. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp. 448-497). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1973).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário - Livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Seminário originalmente proferido em 1962-1963).
- Laznik, M.-C. (2018). A questão da importância do Protocolo PREAUT. In D. Wanderly, I. Catão, & E. Parlato-Oliveira (Orgs.), *Autismo: perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica* (pp.19-28). São Paulo: Instituto Langage.
- Laznik, M.-C. (2009). Bebê com risco de autismo em tratamento conjunto: visa-se a reversibilidade total?. *Reverso*, 31(58), 63-74. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Lebrun, J-P. (2010). Os paradoxos da parentalidade. In J-P. Lebrun, *O mal-estar na subjetivação* (pp. 113-126). Porto Alegre, RS: CMC Editora.
- Loffredo, A. M. (2012). Anotações sobre a leitura freudiana da angústia. *Tempo psicanalítico*, 44(1), 105-130. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100007&lng=pt&tlng=pt
- Lollo, P., & Maranhão, B. (2018). Os ofícios impossíveis e o chamado do real. *Reverso*, 40(75), 15-24. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952018000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística (2013). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(3), 361-372. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000300001>
- Mannoni, M. (1985). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.

- Mariotto, R. M. M. (2015). Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização. In M. Kamers, R. M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 289-302). São Paulo, SP: Escuta.
- Mariotto, R. M. M., & Bernardino, L. M. F. (2012). Detecção e tratamento de riscos psíquicos precoces: desfecho de um programa acadêmico. *Psicologia Argumento*, 30(71), 711-717. doi: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.7477>
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 21-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100003>
- Mello, B. N. de (2011). A performatividade nos quatro discursos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 2(1), 72-87. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072011000100006
- Ministério da Saúde (2016). *Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf.
- Ministério da Saúde (2018). Portaria nº 1.319, de 4 de dezembro de 2018. Brasília-DF. 51 p. *Diário Oficial da União, Ed.233 – Seção 1*. Recuperado de https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/%20content/id/53494529/do1-2018-12-05-portaria-n-1-319-de-4-de-dezembro-de-2018-53494429
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento (2010). *Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 29*. Brasília, DF: Ministério. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf.
- Missonnier, S. (2012). Introduction. In S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme, & Tagawa (Eds.), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité* (pp. 1-18). Paris: Elsevier Masson.
- Moreira, M. C. N. (2022). Configurações do ativismo da parentalidade atípica na deficiência e cronicidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10), 3939–3948. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07572022>
- Moretto, M. L. T. (2013). Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações-limite na instituição hospitalar. In M. D. Moura (Org). *Oncologia: clínica do limite terapêutico?* Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Moretto, M. L. T. (2019a). *O que pode um analista no hospital?* (3a ed.) Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Moretto, M. L. T. (2019b). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 287-298. Recuperado de

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1-2), 83-106. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100013>
- Oliveira, C. M. de, & Mariotto, R. M. M. (2008). Dois casos e uma questão: qual é o lugar do cuidador na subjetivação da criança? *Estilos da Clínica*, 13(24), 176-189. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v13i24p176-189>
- Otoni, P. (2002). John Langshaw Austin e a Visão Performativa da Linguagem. *DELTA: Documentação De Estudos Em Linguística Teórica E Aplicada*, 18(1), 117-143. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-44502002000100005>
- Paulon, C. P. (2018). *Introduzindo o conceito de narrativa em psicanálise: sobre um operador comparativo para o estudo de casos clínicos*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). doi: <https://doi.org/10.11606/T.47.2018.tde-18042018-095218>.
- Pavone, S., & Abrão, L. de 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. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/15598>
- Pereira, M. E. C. (2009). *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* Recuperado de <http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml>
- Petersen, S. (2023, 18 de abril). Why Moms on Instagram Love Minimalism. *Time*. Recuperado de <https://time.com/6270533/moms-instagram-minimalism-momfluenced-excerpt/>
- Rinaldi, D. (2008). O traço como marca do sujeito. *Estudos de Psicanálise*, (31), 60-64. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372008000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Rodriguez, B.C., & Gomes, I.C. (2012). Novas formas de parentalidade: do modelo tradicional à homoparentalidade. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 29-36. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100004&lng=pt&tlng=pt
- Rosa, D. R. A. (2019). Reflexões sobre a parentalidade negra. *Revista Cult*. 2(251), 23-26.
- Rosa, M. D. (2016). *Clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo, SP: Escuta.
- Rosa, M. D. (2020). Passa anel: famílias, transmissão e tradução. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs), *Parentalidade* (Vol. 1, pp. 23-37, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Rosa, M. D., & Lacet, C. (2012). A criança na contemporaneidade: entre saber e gozo. *Estilos da Clínica*, 17(2), 359-372. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200012&lng=pt&tlng=pt
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro, Zahar.

- Rudge, A. M. (1998). *Pulsão e Linguagem – esboço de uma concepção psicanalítica do ato*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Soler, C. (2003). *O que Lacan dizia das mulheres* [livro eletrônico]. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Soler, C. (2014). O que resta da infância. *Stylus (Rio de Janeiro)*, (29), 13-22. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2014000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Soler, C. (2018). *A querela dos diagnósticos*. São Paulo: Editora Blucher.
- Souza Filho, D. M. de (1990). A filosofia da linguagem de J. L. Austin. In J. L. Austin. *Quando dizer é fazer - palavras e ação* (pp. 7-17). Porto Alegre: Artes Médicas:
- Teperman, D. W. (2014). *Família, parentalidade e época: um estudo psicanalítico*. São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.
- Teperman, D. W. (2020). Parentalidade para todos, não sem a família de cada um. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs). *Parentalidade* (Vol. 1, pp. 89-105, Coleção Parentalidade e Psicanálise). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Tibiricá, V. A., Couto, D. P. do., Mamede, N. D., Caversan, H. de A. C., Silva, M. L., & Teodoro, E. F. (2022). Efeitos do diagnóstico de psicopatologia na infância para a relação mãe-bebê. *Estilos Da Clínica*, 27(1), 52-67. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i1p52-67>
- Torres, R. S. (2013). *Do ato psicanalítico ao discurso do analista: a estrutura do campo lacaniano*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). doi: <https://doi.org/10.11606/T.47.2013.tde-15082013-095615>.
- Visani, P; & Rabello, S. (2012). Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 293-308. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200006>
- Vorcaro, A. M. R. (2004). Apresentação. In L. M. F. Bernardino. *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico* (pp. 11-14). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Vorcaro, A. M. R. (2011). O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 219-229). São Paulo: Via Lettera.
- Vorcaro, A. M. R. (2015). Paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças. In M. Kamers, R. Mariotto, R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 117-147). São Paulo: Escuta.
- Vorcaro, A, & Lucero, A. (2011). A criança e a debilidade mental: uma abordagem lacaniana. *Psicologia USP*, 22(4), 813-832. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000034>
- Yeung, A., Ng, E., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *Canadian journal of psychiatry*, 67(12), 899–906. doi: <https://doi.org/10.1177/07067437221082854>
- Zarifian, E. (1989). Um diagnóstico em psiquiatria – para quê? In J. Lacan et al. *A querela dos diagnósticos*. (L. Forbes, trad., Coleção Cliniques, pp. 45-51). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

APÊNDICE A – Carta de despedida

Após uma intensa jornada, encerro hoje um importante ciclo na minha carreira como psicólogo e psicanalista.

Jornada repleta de descobertas, angústias, aprendizado, intervenções e invenções. E claro, muitas brincadeiras.

Diante da curiosidade: "o que você faz atendendo bebês?"; eu dizia: "Como você fez para que você virasse você? Pois bem, é disso que eu cuido: do modo como a gente vira gente e de quem cuida da gente".

Percurso de virar gente que não se faz sem o outro, mas que pode ser um tanto tortuoso, principalmente quando o degrau, entre o bebê que era esperado e o que chega, é muito grande.

Quando o que aparece biologicamente (uma síndrome genética, lesão cerebral, intenações ou prematuridade) reduz o seu lugar no mundo do outro.

Quando um impasse antes de seu nascimento (na gestação, no parto ou nos primeiros meses de vida) acaba por ter uma drástica relevância traumática para aqueles que são seus cuidadores.

Quando há uma confusão de línguas, em que a saída possível é o desencontro.

Ou ainda, quando o único caminho que se vê no horizonte é um futuro que nunca irá chegar.

Bom, neste meu percurso em que o termo 'precoce' dava nome ao serviço, pude aprender o quanto o tempo tem suas nuances. Parafraseando a parlenda, concluí: "o tempo tem o tempo que o tempo tem".

Neste tempo pude aprender o quanto as palavras marcam e escrevem, em pequenos tracejados, um corpo; desenhando lugares para ser e estar.

Também pude apostar que era possível, a partir dos traços já disponíveis, redesenharmos uma nova imagem ou recortarmos a existente para construirmos um mosaico. Ou ao embaralhar e desembaralhar as palavras da sopa, criarmos novos textos, narrativas e lugares.

Assim, após escutar, brincar e cuidar destes pequenos e seus familiares, extraio uma lição que carregarei comigo: assim como na costura, é a partir do fio do tempo que se é possível entrelaçar, com as palavras, novos pontos e intervalos, que irão compor uma história e uma geografia na vida do e com o outro.

Com saudades me despeço e assino com um novo apelido, carinhosamente dado por um paciente:

Para os pequenos sujeitos e seus pais, um abraço.

Tio de bigode.

Equipe, sentirei saudades ♥

São Paulo, 31 de agosto de 2020.