

ENTREVISTA COM A PSICANALISTA VERA BLONDINA ZIMMERMANN

INTERVIEW WITH THE PSYCHOANALYST VERA BLONDINA ZIMMERMANN

– **TU TENS AMPLA EXPERIÊNCIA CLÍNICA, FOSTE PSICÓLOGA ESCOLAR NO INÍCIO DA TUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL, PROFESSORA E SUPERVISORA NO ESTÁGIO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA UFRGS, ESPECIALMENTE NA PRÁTICA COM CRIANÇAS, E TENS PARTICIPADO DA FORMAÇÃO DE MUITOS DE NÓS DESDE LÁ. PODERIA NOS CONTAR COMO SURTIU O TEU INTERESSE PELA ESCUTA E PELA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS? QUAIS OS DESAFIOS QUE ENCONTRASTE E QUAIS OS DESAFIOS ATUAIS?**

Na verdade, minha primeira escuta clínica foi de uma instituição escolar, com sofrimento psíquico e demanda para receber atendimento: “Gostaria que preparasses a mim e ao grupo de professores para minha saída da Direção da Escola, porque após tantos anos de trabalho juntos, será muito difícil para nós!” sic; “Gostaria que transformasses a pré-escola que temos para filhos de professores e funcionários numa escola para o público em geral!” sic; “Precisamos crescer, abrir-nos!” (direção). Precisei, num primeiro momento, aprender a escutar a instituição enquanto sujeito e essa formação posterior à psicologia recém-terminada custava-me muito esforço e quase todo meu salário, mas retornou com uma satisfação e experiência clínica importante, além de conhecimento substancial do desenvolvimento infantil. Ainda, possibilitou-me, mais tarde, realizar um trabalho igualmente institucional com adolescentes graves, o que culminou com meu doutorado. Também, colocou-me fundamentos para uma tarefa de que gosto muito, que é a de constituir equipes para um trabalho transdisciplinar.

Mas a minha primeira especialização foi na clínica com bebês, quando ainda não era comum no Brasil e a clientela para intervenção precoce era rara, difícil de ser sustentada. A paixão pela clínica com crianças vinha atravessada pelo que era possível fazer naquele momento inicial de sobrevivência. Os dinamismos psíquicos e a complexidade de mecanismos do desenvolvimento, entrelaçando corpo e psiquismo, capturavam-me sempre. A formação psicanalítica na sociedade de Porto Alegre era-nos vedada. Unida com um grupo de colegas guerreiras, “herança de Ana Terra, Bibiana e toda geração de mulheres que atravessaram novos territórios para buscar novos caminhos”, fomos nos unindo com colegas do país vizinho (Buenos Aires) e constituindo nossa formação. Fui entrelaçando esses estudos com outras especializações em Porto Alegre, definindo-me pela tarefa clínica com crianças e adolescentes e de formação de profissionais.

Mesmo transitando por diferentes espaços, o cerne de tudo é a escuta clínica dos sujeitos em sofrimento, alimento que sustenta e revitaliza permanentemente meus projetos enquanto psicanalista.

¹ Vera Blondina Zimmermann, psicanalista.

² Questões elaboradas por Fernanda Dornelles Hoff e Marina Lucia Tambelli Bangel, psicanalistas e membros plenos da Sigmund Freud Associação Psicanalítica

– TEU INTERESSE, NO QUE SE REFERE TANTO AOS ESTUDOS TEÓRICOS QUANTO NA CLÍNICA, FOI AVANÇANDO PARA AS INTERVENÇÕES PRECOCES. ATUALMENTE COORDENAS O NÚCLEO DE BEBÊS COM SINAIS DE RISCO EM SAÚDE MENTAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. ESSE TRABALHO “APOSTA NA PREMISA CLÍNICA DE QUE SE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL PUDE INTERVIR NOS MOMENTOS INICIAIS DO DESENVOLVIMENTO E CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA E REALIZAR INTERVENÇÕES NAS RELAÇÕES DA CRIANÇA COM SEU AMBIENTE, EVITARÁ OU MINIMIZARÁ QUE SE ESTABELEÇAM DETERMINADAS FIXAÇÕES E/OU PREJUÍZOS MAIORES.” PODES COMPARTILHAR CONOSCO COMO SURTIU ESSE PROJETO E O QUE ELE TEM REPRESENTADO PARA TI? COMO SE DESENVOLVE ESSE TRABALHO INTERDISCIPLINAR COM BEBÊS NO QUAL DIFERENTES PROFISSIONAIS COMPARTILHAM A CENA? NESSE CASO, QUAL A PARTICIPAÇÃO DE CADA UM? QUAIS OS MAIORES DESAFIOS QUE VOCÊS TÊM ENFRENTADO?

Quando iniciei meus trabalhos no Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, especificamente no curso de medicina, fiz parte durante anos da equipe de professores de psicologia médica. Nesse espaço, verificava a falha curricular existente para sensibilização dos aspectos psicodinâmicos e a existência de poucos materiais de psicanálise para facilitar essa abordagem. Dediquei-me a desenvolver textos e aulas com um discurso psicanalítico capaz de ser absorvido por alunos de medicina. Culminou com um livro de psicologia médica, escrito por mim e alguns professores dessa equipe.

Concomitantemente, coordenava um ambulatório do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA) do mesmo departamento, recebendo em equipe multidisciplinar a busca de atendimento de toda gama de patologias, geralmente já graves. Nesse local passavam conosco os residentes de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Fui repensando tudo isso, e lembrando do meu primeiro curso com bebês, bem como da minha vivência de psicopatologia no curso de psicologia da UFRGS: tínhamos que realizar observação semanal de um bebê durante todo o ano, para discutir os conteúdos de psicopatologia. O professor afirmava: para saber psicopatologia precisamos saber como é o início da constituição psíquica.

Com tudo isso fazendo questões na minha cabeça – ou seja, a vivência ambulatorial de tantas crianças que poderiam ter tido outro destino caso fossem atendidas mais cedo, meus anos de trabalho e investigação com adolescentes graves, constatação de que os residentes de psiquiatria tinham lacunas importantes no desenvolvimento infantil e na compreensão da relação corpo x psiquismo –, resolvi entrar novamente na clínica com bebês, organizando um lugar para escutar esse sofrimento inicial do sujeito e oferecer aos psiquiatras em formação, essa vivência fundamental para suas clínicas futuras.

Quanto à formação da equipe interdisciplinar, para que ela realize uma tarefa transdisciplinar, é necessário um trabalho de constituição semelhante ao que fazemos com um bebê: leituras de sinais, libidinização do corpo com suas diferentes partes, transmissão de valores e informações sobre conceitos a serem operacionalizados via a tarefa a ser feita, enfim, acompanhar muito de perto a equipe, até a possibilidade de ela conseguir um corpo unificado, um “eu” institucional, capaz de se apropriar de si mesmo e de se diferenciar dos seus semelhantes. Trata-se de um trabalho interminável, principalmente porque o modelo vai sendo repensado e modificado a partir da demanda externa e da demanda interna dos membros da equipe.

O maior desafio da coordenação é fazer funcionar um saber coletivo, sem supremacia de um deles. No caso, a psicanálise norteia o eixo do circuito pulsional, mas o corpo é representado por muitas e diferentes vozes. Nesse Ambulatório, me orgulho de, mesmo estando numa instituição médica, verificar que não há uma supremacia do saber da medicina: há um trânsito pelos diferentes saberes e escutas, onde a clínica dirige a demanda. Também, orgulho-me de observar que a equipe é respeitada em todo o departamento, principalmente pelos alunos, e que somos o único ambulatório, dentre muitos, que é coordenado por uma psicóloga, psicanalista. São conquistas importantes para a saúde mental.

Para mim, trata-se de um novo projeto clínico, como um “suplemento” da minha formação. Uma demanda e uma convocação também ética frente à primeira infância brasileira, bem como a formação de profissionais sensíveis aos processos subjetivantes. Talvez seja essa convocação por um objetivo maior que aplaca os narcisismos e une o grupo numa luta por algo que ultrapassa horizontes individuais.

– PSICANALISTAS COMO SILVIA BLEICHMAR E MARIE CHRISTINE LAZNIK COINCIDEM AO APONTAREM OS TEXTOS FREUDIANOS – PROJETO PARA UMA PSICOLOGIA CIENTÍFICA E CARTA 52 – COMO UMA VALIOSA CONTRIBUIÇÃO TANTO PARA A COMPREENSÃO DA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA QUANTO PARA AS INTERVENÇÕES CLÍNICAS PRECOSES COM BEBÊS QUE APRESENTAM SINAIS DE RISCO PSÍQUICO. QUAIS AS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DA LEITURA DESSES TEXTOS À LUZ DOS ESTUDOS ATUAIS SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO BEBÊ?

Esses textos freudianos mencionados na pergunta continuam atuais para a clínica com bebês. Muitos colegas, de diferentes escolas da psicanálise, têm se dedicado a construir um modelo para fundamentar o quadro de autismo, a partir desses escritos. O conceito de vivência de satisfação, marcas mnêmicas, alucinação primitiva e, depois, no texto *A interpretação dos sonhos*, a formulação do conceito de desejo, são conceitos fundamentais que sustentam a clínica com bebês que se ocupam primordialmente com a constituição psíquica. A transformação que ocorre com a alucinação primitiva em busca do objeto de prazer, após a vivência de satisfação, fundamenta a diversidade e a singularidade de respostas do ser humano a um mesmo estímulo externo. Segundo o texto freudiano, trata-se de uma operação que transforma quantidades em qualidades, conceito fundamental no trabalho de intervenção, já que na maioria das vezes eles nos chegam por não estarem conseguindo êxito nesta operação, ora por falhas no aparato biológico, ora por falhas na função materna, ou por ambas, permanecendo num excesso não metabolizável, o que tende a produzir sintomas de toda ordem. A intervenção agirá nesses primórdios, fazendo ou refazendo aspectos do circuito pulsional, independentemente da origem das falhas no psiquismo e/ou no desenvolvimento.

Importante ressaltar que, além desses textos freudianos, agrego os conceitos de modos de representação psíquica, principalmente do modo originário, entendido como processo de metabolização, similar ao funcionamento orgânico, segundo metapsicologia de Piera Aulagnier. A junção corpo e psiquismo, fundamentada por essa autora, possibilita-nos avançar enormemente na clínica dos primórdios psíquicos.

– **SEGUNDO OS ESTUDOS DE MARIE CHRISTINE LAZNIK E AS REFLEXÕES TRAZIDAS NA REVISTA DA SIG NÚMERO 15, ONDE A AUTORA PROPÕE ESCLARECIMENTOS ACERCA DA CLÍNICA DE BEBÊS, MUITOS DOS IMPEDIMENTOS QUE OCORREM NOS MOVIMENTOS CONSTITUTIVOS DO SUJEITO, GERANDO O DESENVOLVIMENTO DO AUTISMO, SITUAM-SE ENTRE O 2º E O 3º TEMPO DO CIRCUITO PULSIONAL. OU SEJA, OS BEBÊS NÃO CONVOCAM SUAS MÃES, NÃO “SE FAZEM” COMER, VER OU OUVIR. HOVE UM TEMPO EM QUE RECAÍÁ SOBRE A MÃE/CUIDADOR TODO O PESO DE TAIS ACOMETIMENTOS. HOJE SABEMOS SER POSSÍVEL HAVER UM FECHAMENTO POR PARTE DO BEBÊ, INCLUSIVE LEVANDO A MÃE/CUIDADOR À DESISTÊNCIA, SENDO NECESSÁRIO UM TRABALHO DE REANIMAÇÃO PULSIONAL REALIZADO COM O BEBÊ E SEUS PAIS. COMO SE DÁ ESSE TRABALHO?**

O bebê que se apresenta desde o nascimento com dificuldades na interação com o outro causa um impacto narcísico em quem ocupa a função maternal, exigindo que esse cuidador também seja olhado por um outro que o reanime e sustente a permanência do seu olhar libidinizante, mesmo quando o retorno do olhar do bebê seja ausente. A estratégia fundamental na intervenção é sustentar o narcisismo materno, retirando a causalidade culpabilizante que logo se instala e emprestando para ela o nosso olhar constituinte preservado.

Além disso, busca ajudar a criar uma “arquitetura” na cena da relação com o bebê que também inclui saberes de outras disciplinas, muitas vezes passando por posturas corporais quando a origem do não retorno do olhar está em falhas sensório motoras. A equipe precisa ajudar na função materna a se apropriar dessas estratégias técnicas, sem nominá-las. Reconduzir o olhar da mãe para seu filho, mostrando sua capacidade de vir a ser, suas competências preservadas, enfim, ajudá-la a sustentar, minimamente, o filho sonhado, mesmo reconstituído.

– **COLWYN TREVARTHEN, PESQUISADOR DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, REFERIDO POR TI NO CURSO “O BEBÊ DO SÉCULO XXI” OFERECIDO NA SIG ESTE ANO, FALA DA MUSICALIDADE INATA DO BEBÊ, AFIRMANDO QUE O BEBÊ ESCUTA A MÃE, MAS TAMBÉM PRECISA SER ESCUTADO EM SUA INTEGRIDADE PARA QUE AMBOS POSSAM ESTAR EM SINTONIA COMO NA DANÇA, COMO EM UM TANGO. O BEBÊ PRECISA QUE ALGUÉM IDENTIFIQUE O QUE NECESSITA A CADA MOMENTO, SENDO DESENVOLVIDO POR FREUD O CONCEITO DE AÇÃO ESPECÍFICA. DIFERENTE DO APONTADO NA QUESTÃO ANTERIOR, COMO SE DÁ A INTERVENÇÃO QUANDO SÃO IDENTIFICADAS IMPORTANTES FALHAS NESSA AÇÃO ESPECÍFICA POR PARTE DA MÃE/CUIDADOR, TENDO RELAÇÃO COM SUA HISTÓRIA E SEU INCONSCIENTE?**

Nessas circunstâncias, quase sempre há necessidade de uma ação rápida de intervenção dos profissionais com o bebê, para suprir as falhas relacionais das funções parentais e estancamento do prejuízo em andamento. Porém, sempre realizando intervenções conjuntas, visando a ser um espelho para os pais e familiares. Enquanto já se processa o trabalho de intervenção como bebê, faz-se uma avaliação criteriosa do funcionamento da função materna e paterna, ou seja, onde as falhas estão instaladas (IRDI): estrutura psíquica dos pais, falta de informação, reações narcísicas frente às dificuldades de desenvolvimento do bebê, aspectos fantasmáticos dos pais em relação ao filho(a). São pensadas intervenções para que eles reorganizem seus olhares e lugares, conduzindo-os a descobrirem as competências do(a) filho(a), ajudando-os a se apropriarem das suas funções. Organizamos cenas para favorecer o encontro entre eles, tendo-se

o cuidado de evitar sentimentos competitivos na transferência dos terapeutas com os pais e vice-versa.

A história do filho é revisitada num trabalho com os pais, buscando separar o filho real do imaginado. Quando há prejuízo psíquico grave de um dos pais, a equipe oferece atendimento psicoterápico individual, realizado pelos residentes de psicoterapia.

Importante: quando o bebê chega com atrasos, inicia-se intervenção o mais rápido possível, sem esperar pela elucidação diagnóstica e nem pela situação ideal das funções parentais.

– ENQUANTO PSICANALISTAS, OBSERVAMOS UMA EPIDEMIA DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. EM PUBLICAÇÃO RECENTE APONTAMOS QUE, SOB ESSE DIAGNÓSTICO, TEMOS RECEBIDO BEBÊS E CRIANÇAS COM CONSTITUIÇÕES PSÍQUICAS COMPLETAMENTE DIFERENTES. PODERIAS COMENTAR OS MOVIMENTOS PSÍQUICOS QUE MARCAM A DIFERENÇA ESTRUTURAL ENTRE O AUTISMO E A PSICOSE INFANTIL E O QUE ISSO IMPLICA TAMBÉM EM TERMOS DE DIFERENTES PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO CLÍNICA?

O que se tem chamado de epidemia do diagnóstico psiquiátrico de TEA parece ser originado por muitos e diferentes fatores, não só por uma leitura apenas nosológica precipitada, mas também por uma interpretação etiológica errônea de sintomas considerados parte do quadro, mas que podem ser transitórios ou fazem parte de alguma outra comorbidade. Um exemplo atual importante foi a crescente demanda de atendimento por pais de bebês de um ou dois anos, assustados com sinais de isolamento, falhas na comunicação e na evolução da linguagem. Muitos desses bebês, durante a pandemia, ficaram muito tempo nas telas, longe da rede familiar e com pais trabalhando on-line. O fato de o bebê nessa faixa etária ficar siderado ao movimento das telas levou-os à falsa ideia de que eles estavam bem estimulados com aquilo que assistiam. Muitos deles já chegam com a hipótese diagnóstica de TEA, não só pelos profissionais, mas também pelas informações que os pais encontram na internet.

Apesar disso, não podemos ignorar que há um aumento de crianças com sinais de risco ligados à constituição do vínculo, o que entendo ser algo proveniente dos dinamismos relacionais predominantes no nosso século.

O olhar da psicanálise sobre o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose constitui diferenças substanciais na abordagem da técnica. Seria um assunto para várias páginas, mas posso sintetizar, nomeando o trabalho com o bebê com sinais de risco de autismo como um trabalho de captura de seu olhar, uma pressuposição de saber nele e uma luta por possibilitar encontros que depois passarão a ser buscados, uma vez constituído o desejo. Mas nesse circuito pulsional em movimento, quando os sinais de autismo são trabalhados, podemos observar uma colagem no outro, sem estabelecimento da diferença entre eles, impedindo a constituição de uma triangulação. Temos, então, o que a psicanálise denomina de psicose.

No trabalho com bebês com sintomas de fechamento autístico, precisamos tomar muito cuidado com a evolução dos tratamentos: quando se estabelece um vínculo dual, os pais sentem-se tão satisfeitos que tendem a achar que o trabalho foi concluído e o abandonam. Dessa forma, a criança consegue se vincular, mas não evolui para a triangulação necessária, estruturando um quadro psicótico. Tecnicamente, no momento de conquista da vinculação a dois,

necessita-se apresentar a falta representada pela função paterna. Só assim o sujeito se constituirá fora da psicose.

No momento, temos um novo instrumento elaborado no Brasil por equipe multidisciplinar para realizar um diagnóstico diferencial do autismo, denominado Escala Labirinto, cuja capacitação de profissionais está se iniciando e nossa colega Daniele Wanderlei faz parte dessa equipe. Trata-se de um instrumento promissor para nossa clínica, somando-se ao trabalho importante feito pela Escala IRDI.

– EM 2019 RETOMAMOS EM UM SEMINÁRIO NA FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE DA SIG A EXPERIÊNCIA DE OBSERVAÇÃO DE BEBÊS. O MÉTODO DE ESTHER BICK FOI UTILIZADO COM O PROPÓSITO DE OBSERVAR A RELAÇÃO CUIDADOR E BEBÊ NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA E IDENTIFICAR OS EFEITOS TRANSFERENCIAIS DESSA EXPERIÊNCIA NO OBSERVADOR, SENDO DISCUTIDO EM GRUPO. BICK PROPÕE QUE O SENTIR SEJA EXPERIENCIADO E QUE, AO ESTAR NA CENA FAMILIAR, EXPERIMENTA-SE UM IMPACTO EMOCIONAL. PODERÍAMOS PENSAR QUE, NAS INTERVENÇÕES PRECOSES, A VIVÊNCIA TRANSFERENCIAL DO ANALISTA APRESENTA INTENSIDADES DIFERENTES QUE EM OUTRAS ESCUTAS?

Todo profissional que trabalha com bebês apresenta uma maior sensibilidade para aspectos não verbais e isso também organiza uma performance diferente na constituição e funcionamento das equipes. A leitura minuciosa de sinais corporais emitidos demanda sempre uma certa regressão, própria de funções maternas do período puerperal. Assim como a função materna com o recém-nascido necessita se desprender do mundo ao seu redor para conseguir fazer a violência primária e ajudar o sujeito incipiente a emergir, os profissionais que se ocupam de bebês também precisam estar em sintonia com essa linguagem de sinais corporais que eles emitem, mergulhando na escuta do pré-verbal, trabalho que cobra uma cena transferencial diferenciada da cena com sujeitos inscritos no verbal e simbólico.

– PODEMOS DIZER QUE AS NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES TÊM APRESENTADO DEMANDAS QUE CONVOCAM IMPORTANTES REVISÕES NA ESCUTA DA PARENTALIDADE? QUAIS SERIAM?

Enquanto psicanalistas sabemos que um sujeito se constitui a partir das funções materna e paterna e essas funções independem do gênero de quem as desempenha. Portanto, mudanças na configuração familiar não são responsáveis por eventuais problemas na constituição psíquica, apesar de ainda ocasionarem dificuldades socioculturais.

Um aspecto importante a ser revisado na escuta parental está ligado à importância maior da existência de uma rede familiar e social, rede que funcione como auxiliar, protetora dessas funções, visto que o século XXI tem aumentado as exigências em relação aos mecanismos necessários à sobrevivência dos seres humanos. A comunicação em tempo real possibilita que o sujeito que está se constituindo receba inúmeras informações conflitantes com seus modelos de identificação parentais, cobrando dessas funções um trabalho mais acurado para que uma espinha dorsal de significantes seja organizada, até que o psiquismo possa sustentar-se na diferença em relação ao outro. Acredito que na atualidade, a rede social também precisa ser pensada e incluída na nossa escuta de crianças e adolescentes.

– **9. A PANDEMIA, E EM ESPECIAL A NECESSIDADE DO DISTANCIAMENTO FÍSICO QUE ESTA TEM IMPOSTO À POPULAÇÃO, CONVOCOU OS PSICANALISTAS A TECER FORMAS DE TRABALHO, INCLUINDO A VIA ON-LINE, ACARRETANDO A NECESSIDADE DE VÁRIAS DISCUSSÕES ENTRE PARES SOBRE NOSSO FAZER CLÍNICO. PODES NOS CONTAR SOBRE OS DESAFIOS QUE ATRAVESSASTE COM ESSA EXPERIÊNCIA NA CLÍNICA COM BEBÊS E COM CRIANÇAS?**

Tivemos que rever nossos saberes, alargar nosso *setting*, explorar novas técnicas e possibilidades de escuta. Isso por si só já nos ajudou a repensar paradigmas, atitude que julgo saudável ocorrer nas práticas profissionais.

Penetrei nos lares e intimidades familiares, o que, às vezes, me constrangia, apesar de constatar que isso alargava minha fonte de informação sobre a realidade vivida pela criança.

Senti prejuízo na minha escuta enquanto referência aos padrões nos quais fui formada, mas não tenho condições de entender e avaliar os efeitos dessas mudanças nos processos terapêuticos. A nova clínica nos cobra revisão metapsicológica, principalmente revisão de conceitos ligados à sensorialidade e à comunicação não verbal em geral.

– **CONSIDERANDO QUE AS REDES DE AMPARO AOS PAIS, TAIS COMO AS ESCOLAS E O COMPARTILHAMENTO DE CUIDADOS COM OUTRAS PESSOAS, BEM COMO O CONTATO COM OUTRAS CRIANÇAS, ESTÃO OBSTRUÍDAS OU SIGNIFICATIVAMENTE DIMINUÍDAS, QUE EFEITOS TENS OBSERVADO NOS BEBÊS E CRIANÇAS QUE CONSIDERAS DECORRENTES DESSA SITUAÇÃO?**

Vários efeitos puderam ser observados: algumas situações nas quais ocorreram melhores relações familiares, ou pelo menos mais riqueza de experiências para ambas as partes, crianças e pais; em outras configurações familiares, houve a exacerbação de crises conjugais, com projeções de mais conflitos nos filhos; em geral, o isolamento agudizou situações de desamparo e empobreceu as vivências afetivas.

Muitas crianças que já tinham dificuldades nas relações sociais ficaram numa zona de conforto e agora, no momento de volta à socialização, apresentaram exacerbação desses sintomas. Outro prejuízo importante ocorreu com a primeira infância: pais ocupados nas suas adaptações ao trabalho on-line, ou mesmo em criar formas de trabalho, descuidaram de filhos entre um e três anos, permitindo exposição excessiva às telas, culminando em situações de isolamento e atraso de linguagem e de comunicação. No momento, temos recebido essas crianças que nos chegam com hipóteses de TEA por outros profissionais. Precisamos intervir, organizando esses vínculos primordiais, reorganizando e convocando a rede familiar de cuidados, o que rapidamente produz mudanças e retorno às aquisições esperadas.

– **O QUE MAIS TE ENCANTA NA ESCUTA E NO TRABALHO CLÍNICO COM BEBÊS E CRIANÇAS? QUE MENSAGEM GOSTARIAS DE PASSAR AOS COLEGAS/PROFISSIONAIS?**

Tenho muito prazer em escutar a linguagem pré-verbal. Os sinais sensório-motores do corpo de um bebê e de uma criança imediatamente se configuram, se organizam num discurso para minha leitura. Quando o bebê experimenta o mundo externo e vai se constituindo um ser separado, fico deslumbrada em observar, sem pressa para intervir. Tenho curiosidade e encanto em acompanhar suas produções, demandas e conclusões e fico na espreita de capturar suas

mensagens. Não fico presa a um *setting* determinado, mas vou acompanhando, desenhando e redesenhando movimentos transferenciais de acordo com o desenrolar da cena. Sinto-me à vontade para experimentar novos movimentos quando eles me assinalam possibilidade de “encontros” exitosos. Também, sinto-me muito tranquila frente aos pais dos meus pacientes, o que penso acontecer por eu estar com meus pais internos apaziguados, talvez pelos muitos anos e diferentes análises e a longa experiência clínica e de vida pessoal. Consigo juntar-nos a eles sem me perder ou me misturar, o que julgo fundamental na escuta psicanalítica de bebês e crianças.

Finalmente, tenho certeza de que conseguir evitar ou minimizar danos psíquicos atendendo bebês e crianças é uma causa fundamental para preservar o que denominamos “subjetividade humana”. Promover ou assegurar um psiquismo constituído no “desejo” ainda é uma das tarefas mais revolucionárias da humanidade, pois constitui sujeitos atravessados pela diferença, menos suscetíveis aos processos de massificação.