

Dossiê

Intervenção psicanalítica pais-bebê orientada pelas operações fundamentais da constituição psíquica: experiência em uma UTI neonatal

Mariana Flores Frantz; Tagma Marina Schneider Donelli

Resumo. O número de nascidos prematuros está crescendo, porém, avanços tecnológicos e dos serviços prestados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINs) vêm permitindo a sobrevivência desses bebês. Em contrapartida, estudos apontam problemas no desenvolvimento das crianças, e a intervenção precoce surge como uma possibilidade de prevenir a instalação de psicopatologias futuras. Diante disso, este artigo descreve uma intervenção psicanalítica realizada com pais-bebês prematuros em uma UTIN e orientada pelas operações fundamentais que balizam a constituição psíquica à luz dos Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI). Constatou-se que o trabalho psicanalítico na primeira infância e no contexto da prematuridade é um campo riquíssimo para prevenção em saúde mental.

Palavras chave: prematuridade; IRDI; intervenção precoce; psicanálise.

Intervención psicoanalítica padres-bebés orientada por las operaciones fundamentales de la constitución-psíquica: experiencia en una UCI neonatal

Resumen. El número de nascidos prematuros está creciendo, no obstante, el desarrollo de las tecnologías y de los servicios ofrecidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) posibilitan la supervivencia de esos bebês. Por otra parte, estudios indican problemas de desarrollo en los niños, por eso la intervención precoz puede prevenir el surgimiento de psicopatologías futuras. A causa de esa situación, este artículo describe una intervención psicoanalítica realizada con padres-bebês prematuros en una UCIN, la cual fue orientada por las operaciones fundamentales que señalan la constitución psíquica a partir de los Indicadores Clínicos de Riesgo al Desarrollo Infantil (IRDI). Se constató que el trabajo psicoanalítico en la primera infancia y en contexto de la prematuridad es un campo importante para la prevención en salud mental.

Palabras clave: prematuridad; IRDI; intervención precoz; psicoanálisis.

*Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brasil. Email: mari.rlores@hotmail.com

**Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil. Email: tagmad@unisinos.br

Parent-infant psychoanalytic intervention guided by the fundamental operations of psychic constitution: a NICU experience

Abstract. The number of premature births is growing, however, technological advances and services provided in Neonatal Intensive Care Units (NICUs) have allowed these babies to survive. On the other hand, studies point out problems in children development and early intervention appears as a possibility to prevent future psychopathologies. Therefore, this article describes a psychoanalytic intervention carried out with parents and premature babies in a NICU guided by the fundamental operations that model the psychic constitution in the light of the Clinical Risk Indicators in Child Development (IRDI). It was found that psychoanalytic work in early childhood and in the context of prematurity is a very rich field for prevention in mental health.

Keywords: prematurity; IRDI; early intervention; psychoanalysis.

Intervention psychanalytique parents-bébé orientée par les opérations fondamentales de la constitution psychique: rapport d'expérience en USIN

Résumé. Le nombre de naissances prématurées est en train de grandir, cependant les progrès technologiques et les services fournis dans les Unités de Soins Intensifs Néonataux (USINs) permettent la survie de ces bébés. Par contre, il y a des études qui montrent de problèmes dans le développement de ces enfants, donc l'intervention précoce vient comme une possibilité de prévention d'une future psychopathologie. Compte tenu de cela, le présent article fait la description d'une intervention psychanalytique élaborée avec parents-bébés prématurés dans une USIN, et orienté par les opérations fondamentales qui balisent la constitution psychique à la lumière des Indicateurs Cliniques de Risque pour le Développement Infantile (IRDIs). Il a été constaté que le travail psychanalytique à la petite enfance dans un contexte de prématurité est un domaine de recherche très riche pour la prévention de la santé mentale.

Mots-clés: prématurité; IRDI; intervention précoce; psychanalyse.

No mundo, nascem 15 milhões de bebês prematuros (<37 semanas gestacionais) por ano representando mais que um a cada dez nascimentos, sendo que o Brasil está em 10º lugar no ranking mundial (World Health Organization [WHO], 2018). Não há causa única para prematuridade, acreditando-se na interação de fatores de risco genéticos e ambientais (Passini et al., 2014; WHO, 2018). Felizmente, o avanço das tecnologias e a assistência prestada nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais (UTINs) vêm possibilitando a sobrevivência de bebês prematuros (Brasil, 2017). Contudo, deve-se considerar que muitas crianças tendem a apresentar morbidades posteriores (Costeloe et al., 2012; Passini et al., 2014).

Ademais, a UTIN é um ambiente desconhecido e complexo capaz de gerar estresse, ansiedade e medo nos pais, que precisam separar-se do bebê sem poder cuidá-lo (Moreira, Rodrigues, Braga & Morsch, 2003; Motta, da Costa & Chatelard, 2007; Pontes & Cantillino, 2014). Há a impossibilidade de amamentar e o adiamento da alta e da apresentação para a família (Moreira et al., 2003; Motta et al., 2007; Pontes & Cantillino, 2014). Um prematuro, frágil, cheio de aparelhos na incubadora coloca à prova o narcisismo parental (Mathelin, 1999b) correndo-se o risco de ele não se constituir como aquele que concretizará os sonhos dos pais (Wanderley, 1999).

A literatura sobre possíveis repercussões da prematuridade no desenvolvimento da criança é vasta. Estudos apontam déficits motores, na cognição e na linguagem (Johnson & Marlow, 2014; Laerum et al., 2017; Woodward et al., 2009). Na área psíquica, referem menor autorregulação emocional (Clark, Woodward, Horwood & Moor, 2008; Scott et al., 2012), mais

problemas emocionais e comportamentais (Johnson & Marlow, 2014; Linsell et al., 2016; Woodward et al., 2009), maior prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Johnson & Marlow, 2014; Linsell et al., 2016; Fevang, Hysing, Markestad & Sommerfelt, 2016; Laerum et al., 2017; Scott et al., 2012; Sucksdorff et al., 2015) e de Transtorno do Espectro Autista (Johnson & Marlow, 2014; Linsell et al., 2016; Fevang et al., 2016). Prematuros costumam ter mais problemas na saúde mental (Fevang et al., 2016), maiores índices de ansiedade (Laerum et al., 2017; Lieshout, Boyle, Saigal, Morrison & Schmidt, 2015), de transtorno de humor (Laerum et al., 2017), de desordem somatoforme ou ter algum transtorno psiquiátrico (Johnson & Marlow, 2014; Laerum et al., 2017; Lindström, Lindblad & Hjern, 2009; Linsell et al., 2016).

Todavia, a constituição subjetiva depende da interação entre fatores biológicos e a estrutura de linguagem sustentada pelos pais, isto é, além da carga genética, herda-se um lugar na história familiar (Bernardino, 2006). Para Lacan (1964/2008b), antes de qualquer formação do sujeito, ele já é contado e, só depois disso, pode se reconhecer ali. Isso quer dizer que o bebê nasce marcado por um discurso que o antecede. Dessa forma, Lacan (Lacan, 1955-1956/2008a) propõe que o sujeito desejante se constitui por um outro que lhe dá unidade, estando, de início, alienado no outro. Se a estrutura psíquica não está previamente inscrita, é fundamental o investimento de um Outro encarnado que dirija ao bebê cuidados e desejo não anônimos (Jerusalinsky, 2002).

Mesmo com adversidades no desenvolvimento, o bebê não está destinado a padecer subjetivamente porque a primeira infância é um tempo singular de maleabilidade, de receptividade à entrada no mundo simbólico e de maior plasticidade neuronal para se adaptar a falhas no aparelho biológico (Bernardino, 2016). Detecção e intervenção precoce diferem de diagnóstico precoce porque a estruturação psíquica está em curso e, embora frente a entraves, pode-se prevenir a instalação de patologias específicas e definitivas (Bernardino, 2016; J. Jerusalinsky, 2018).

Se se evidencia que o prematuro apresenta maior risco (orgânico e psíquico), é preciso que o analista na UTIN intervenha auxiliando nos possíveis entraves ao percurso subjetivo do bebê (Vasconcellos, 2018). Bernardino (2016) orienta intervir em circunstâncias e ambientes conhecidos como adversos ao desenvolvimento, a fim de propiciar condições favoráveis à estruturação psíquica, inclusive, ao desenvolvimento social, motor e cognitivo.

É urgente uma intervenção que permita a escuta e a fala em um ambiente que intercala vida e morte, onde faltam significantes frente à angústia de urgência e de incertezas (Bernardino, Santos, Pedrali & Dionísio, 2012). A psicanálise propõe-se a acolher o bebê para além do corpo, possibilitando-lhe ter uma história e um lugar de fala (Bernardino et al., 2012).

Intervém-se precocemente quando um sofrimento obstaculiza a instalação das operações psíquicas (Bernardino, 2016), que são lidas por sinais fenomênicos indiretos traduzidos em indicadores que investigam o curso da estruturação (Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). Os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) foram desenvolvidos a partir da psicanálise para detectar sinais de risco para o desenvolvimento infantil nos primeiros 18 meses de vida (Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). Surgem como dispositivo de leitura que expressa o movimento parental e a resposta do bebê, sustentando-se em quatro operações formadoras do psiquismo: Suposição do Sujeito (SS), Estabelecimento da Demanda (ED), Alternância Presença/Ausência (PA) e Função Paterna (FP) (Kupfer et al., 2009).

Atualmente, o IRDI ultrapassa sua potencialidade como instrumento de detecção de risco psíquico, mostrando-se relevante na atuação à prevenção e à promoção da saúde mental (Mariotto, 2016). A Metodologia IRDI surge na educação infantil como importante ferramenta para intervenções precoces, o que foi evidenciado no estudo de Kupfer, Bernardino e Mariotto (2014), que a utilizaram buscando direcionar o olhar dos profissionais para bebês com indicadores ausentes (possibilidade de risco), presentificando-os.

O IRDI é um instrumento crucial na detecção e na intervenção precoce; é validado, gratuito e tem forte sustentação psicanalítica. Assim, como sugere Mariotto (2016), por que não o utilizar em outros contextos, como na saúde e, mais especificamente, em UTNs? Partindo disso, este estudo propôs descrever uma intervenção psicanalítica com pais e bebês prematuros em uma UTIN orientada pelas operações fundamentais que norteiam a constituição psíquica da criança à luz do instrumento IRDI.

Método

O estudo foi inserido na Plataforma Brasil, com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa nº 2.616.567 e aprovado sob nº CAAE 86671018.6.0000.5344. Aprovado pelo Hospital co-partícipe, seguiu as recomendações da Resolução n. 510 (2016) do Conselho Nacional de Saúde. Teve enfoque qualitativo visando a compreender e a aprofundar os fenômenos pelo ponto de vista dos participantes (Sampieri, Collado & Lucio, 2013). Configurou-se como um relato de experiência, que descreve uma intervenção psicanalítica realizada com pais-bebês prematuros em uma UTIN de um Hospital do interior do Rio Grande do Sul. A UTIN possui dez leitos e recebe recém-nascidos de até 28 dias.

Participantes e instrumentos

Utilizou-se o Diário de campo para descrever a intervenção considerando-se apenas fragmentos clínicos de cada caso. Ele foi usado para registrar as situações ocorridas no Hospital, os casos atendidos, as intervenções realizadas e as percepções da psicóloga (formação em Psicanálise). Também se utilizaram os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (Centro Lydia Coriat, 2018) enquanto instrumento metodológico de intervenção, o qual serviu como um dispositivo de leitura das produções do bebê e da relação pais-bebê, visto que a teoria que o sustenta amparou a escuta clínica e a intervenção realizada com os pais-bebês prematuros internados na UTIN.

Atenderam-se cerca de 30 bebês em uma única escuta e 26 bebês que tiveram de dois a onze encontros durante sua internação. A idade dos bebês não foi previamente definida, já que os indicadores do IRDI abrangem a idade de zero a 18 meses, sendo que a maioria dos bebês internados estavam na primeira fase (entre zero e quatro meses incompletos). Os participantes que foram incluídos na pesquisa foram aqueles bebês que estavam na UTIN durante a permanência da pesquisadora no local, cujos pais aceitaram a escuta. Desse modo, como alguns bebês permaneceram internados por mais tempo, alguns foram vistos e escutados mais vezes, outros tiveram escuta única (tiveram alta, faleceram ou os pais não estavam na UTIN no dia em que a pesquisadora estava). Participaram da intervenção, além da psicóloga e do bebê, a mãe e/ou o pai. Alguns atendimentos foram testemunhados pela equipe.

Implantação e desenvolvimento da intervenção na UTIN

Programaram-se três etapas de inserção no campo, embora tenham ocorrido quase concomitantemente: 1) apresentação da pesquisa para os profissionais (apresentação do projeto para a coordenadora da UTIN e conversa informal com a equipe para explicar os objetivos da pesquisa e o trabalho da pesquisadora – dificuldade de reunir todos os profissionais); 2) observação da rotina da UTIN, da equipe, dos pais e bebês (antes de iniciar a escuta/intervenção realizou-se observação do local: horários em que os bebês eram examinados, medicados ou que tomavam banho e como isso era realizado, horário mais frequente de chegada e saída dos pais, como acontecia o Método Canguru e o Grupo de Musicoterapia, como era feita a baixa e alta dos pacientes, entre outros aspectos); e 3) abordagem dos pais-bebês (antes de intervir a pesquisadora se aproximava dos pais, explicava seu trabalho e, havendo interesse de participar e/ou desejo de serem escutados, iniciava-se a intervenção).

Esperava-se que a escuta e a intervenção auxiliassem possíveis entraves na relação pais-bebê decorrentes da prematuridade e internação, assim como facilitassem o percurso subjetivo do bebê. Essa proposta apoia-se na literatura, anteriormente descrita, que aponta a possibilidade de ocorrerem inúmeras dificuldades na relação pais-bebê prematuro devido à precoce separação, à impossibilidade de cuidar do bebê (precisa delegar os cuidados à equipe, cuidados realizados por diferentes pessoas sem cuidadores de referência) e à imaturidade orgânica da criança (menos responsivo, uso de equipamentos que atrapalham o contato, incerteza quanto à sobrevivência do bebê), eventos que podem dificultar o advento do sujeito.

A pesquisa foi realizada entre 18/05/2018 e 08/03/2019, sendo que a pesquisadora frequentava a UTIN uma vez por semana e permanecia seis horas. Destaca-se que, por ser um trabalho embasado na teoria psicanalítica, em que a singularidade é ponto crucial na clínica, não foi utilizado grupo controle. Portanto, o que se propõe é apenas descrever situações clínicas que se sustentaram na teoria a fim de que sirva como subsídio para novas intervenções neste contexto, uma vez que nortearam o trabalho de leitura clínica da pesquisadora.

Análise dos dados

O estudo está fundamentado na teoria psicanalítica que embasa o IRDI, dando-se destaque aos três primeiros eixos teóricos que compõem o instrumento IRDI e que sustentam as operações fundantes do psiquismo: SS, ED e PA. As bases da constituição psíquica nortearam a escuta e a intervenção. O eixo 4 do IRDI (Função paterna) não será trabalhado porque os bebês acompanhados na UTIN eram recém-nascidos e este eixo começa a operar, efetivamente, próximo aos 12 meses de idade.

A análise interpretativa foi feita a posteriori para não interferir na escuta. Por ser um estudo qualitativo e psicanalítico, traz, em sua essência, as vivências transferenciais e singulares construídas no caso a caso e, apesar de sistematizar uma intervenção possível na UTIN, não pretendeu padronizar um fazer clínico, mas nortear profissionais dessa área. Pesaro (2010) refere que o IRDI, embora construído em quatro eixos teóricos que expressam as operações fundantes do psiquismo, surgem simultaneamente e um determina, retroativamente, o outro. O trabalho materno se tece gradualmente em torno desses eixos, resultando na instalação da subjetividade que organiza o desenvolvimento (Kupfer et al., 2009).

Na seção Resultados e Discussões, organizaram-se exemplos de intervenções clínicas que foram realizadas na UTIN com pais-bebê prematuro, estruturadas nos eixos teóricos dos IRDIs. Todos os nomes são fictícios.

Resultados e discussão

A descrição das intervenções será apresentada com base em cada eixo do IRDI, todavia, será possível observar que as operações se interinfluenciam e ocorrem simultaneamente. A seção será apresentada em primeira pessoa por se tratar da experiência desenvolvida pela primeira autora.

Intervenções facilitadoras da instalação do Eixo 1 - Suposição de um sujeito

O Eixo 1 trata de um ato de antecipação, em que a mãe¹ vê no bebê um sujeito que não está lá supondo intencionalidade em um ato reflexo (ex.: grito) (Kupfer et al., 2009; Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). A constituição do sujeito depende justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado (Kupfer et al., 2009; Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). A antecipação da mãe produz nela uma manifestação jubilatória, que fará com que o bebê tente corresponder a isso, dando-lhe prazer (Kupfer et al., 2009; Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). O eixo realça a presença e a participação do Outro como operador das estruturas mentais do bebê, que, num ato de antecipação, toma suas manifestações como apelo, o que o faz apoiar-se para, efetivamente, demandar (Kupfer et al., 2009; Pesaro, 2010; Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003).

A psicóloga buscava sustentar os pais², atribuindo sentido às pequenas manifestações do bebê, antecipando intenções em atos que eram involuntários ou que não puderam se efetivar. A posição parental de antever aquisições no bebê, munidos pelo desejo, faz-se fundamental para que, no futuro, o bebê possa vir a corresponder às expectativas dos pais apoiando-se na imagem que projetam nele.

Possivelmente, os prematuros, por não terem completado todas as etapas de seu desenvolvimento no útero materno, são fisicamente mais frágeis, menos ativos e têm respostas mais lentas, exigindo do outro maior investimento para que possam responder. Ficam em incubadoras que os separam e dificultam o contato com os pais, estão repletos de fios, bipes, respiradores e todos os outros aparelhos que, embora sustentem sua sobrevivência, lembram aos pais que correm risco de vida.

Tentava-se prenunciar aquisições do bebê na incubadora nomeando-se olhares, movimentos e até alterações cardíacas e respiratórias na presença e voz dos pais. Frequentemente, os pais questionavam se era possível que prematuros notassem a presença deles, compreendessem o que lhes era dito ou se eles sabiam que estavam fora do útero. A psicóloga, transferenciada com os bebês e sustentando a posição de Outro, deixava-se enganar pela ilusão antecipadora que via

¹ O IRDI refere-se à mãe enquanto agente maternante ou cuidador primordial.

² Não se trata dos pais da realidade e sim dos pais no exercício das funções parentais.

enquanto promovia atos no bebê, escutando-os como apelo dirigido ao Outro e colocando-se no lugar de responder-lhe.

Na clínica precoce, o conceito de transferência amplia-se e passa pela relação com os pais, sendo que o analista toma diferentes lugares e, no princípio, o do Outro (Bernardino, 2008; Fernandes, 2011). Inclui o bebê no circuito transferencial dando-lhe lugar de fala e colocando-se na posição de representá-lo como sujeito (Bernardino, 2008; Fernandes, 2011).

Essas questões aparecem no caso de Gabriel, prematuro de baixo peso. Após um mês na incubadora, a mãe o pega pela primeira vez no colo ficando longo tempo em silêncio; apenas o olha e, às vezes sorri para mim. Questiono-a como é pegá-lo e diz: “Muito bom”³ e, em relação ao que supõe no bebê diz: “Ah, acho que ele tá gostando”. Ao mesmo tempo, mostra-me que ele encolhe as pernas parecendo incomodado, mas não consegue nomear isso. Faltam-lhe palavras, não consegue nomear o que sente e, muito menos, o que supõe que o filho sente. Gabriel é pouco ativo, dorme muito e não a convoca, deixando-lhe em menos condições de demandar-lhe. Quando acorda, a mãe continua em silêncio, então, falo-lhe⁴: “Como você tá grande e bonito Gabriel, que bom que agora podemos te vê de pertinho”. A mãe sorri e o bebê nos olha rapidamente. Em alguns momentos, procura o rosto da mãe, nomeio isso falando por ele: “Deixa eu te vê mamãe, agora posso te vê de pertinho”, etc. Tenta amamentá-lo no seio, porém ele cansa e não suga. Qualquer movimento do bebê é interpretado pela mãe como fome, oferecendo-lhe o seio sem dizer nada e ele recusa chorando. Questiono o bebê: “O que o bebê qué, hein?”, ele olha e continuo: “Qué mamá ou só aproveitá a mamãe?”. Surpreende-nos sugando e parando de chorar. Mama e para diversas vezes, aponto à mãe que ele está aproveitando seu colo para mamar à vontade. Fico com eles dando-lhe apoio e oferecendo-lhes palavras, que parecem alimentar Gabriel. Exponho à mãe como seu bebê se interessa em nos ouvir e conta-me que é difícil falar com ele, que “tem vergonha”. Quando sai da incubadora e vai para o berço, a mãe sorri dizendo-me que será melhor de tocá-lo, que “terá mais coragem de falar com ele”, explicando-me que o vidro da incubadora dificultava.

Nota-se o importante papel desempenhado pelo Outro diante do bebê, que não nasce um sujeito. Para Vanier (2016), é fundamental que alguém o considere como sujeito para que se torne efetivamente um. É preciso que sua mãe o nomeie, diga-lhe quem é, o que sente e pensa, pois, no início, o sujeito está no Outro (Vanier, 2016). Não importa se as nomeações atribuídas às expressões do bebê são verdadeiras ou falsas porque correspondem a atribuições de sentido que advêm do desejo materno e produzem, simultaneamente, as ações do bebê (Ferreira, 2009). Todavia, não é indiferente à mãe se os aspectos constitutivos do bebê são desorganizados devido à imaturidade neurológica, como em prematuros (Jerusalinsky, 2002). A mãe apoia-se nas reações involuntárias do bebê para atribuir autoria em suas produções, emprestando-lhe significantes que possam lhe dar algum sentido e o estatuto de sujeito (Jerusalinsky, 2002).

A antecipação “favorece o enlaçamento entre Real (imaturidade orgânica), Imaginário (precipitação na direção da imagem do outro), Simbólico (identificação ao significante crivado pelo Outro no momento da aprovação da precipitação imaginária)” (Fernandes, 2011, p. 85). Entretanto, a prematuridade e a internação do bebê podem fragilizar o saber parental. Provavelmente, em um parto a termo, sem maiores intercorrências, os pais conseguiriam se

³ As falas literais da pesquisadora e dos pais foram destacadas em itálico e entre aspas.

⁴ Utilizava-se o manhês, língua comum às mães, empregada para falar com os bebês, que, para Laznik (2011), tem registro de voz mais alto, maior ritmo prosódico e contornos de entonação, maior frequência de repetições contendo informações afetivas que convocam a criança.

identificar com o filho supondo o que ele sente e como atendê-lo. Para Mathelin (1999a) um dos objetivos da intervenção em UTIN é permitir a palavra abrindo espaço para o trabalho do Imaginário e do Simbólico, o que é indispensável para que o bebê saia da condição do Real traumático e se aproprie de sua história.

As intervenções não buscam ensinar os pais a conhecer seu bebê, mas sim os sustentar e os autorizar a se deixar iludir acerca do que leem nele vendo mais do que o Real de seu corpo vulnerável. Para Jerusalinsky (2002), o papel do analista com recém-nascidos em UTI é o de, fundamentalmente, escutar as produções do bebê quando há risco de não poder operar a suposição do sujeito, condição *sine qua non* para que advenha como tal, aproprie-se de seu corpo e possa utilizar suas diferentes aquisições instrumentais em nome próprio.

Intervenções facilitadoras da instalação do Eixo 2 - Estabelecimento da demanda

O Eixo 2 corresponde às primeiras reações involuntárias do bebê (ex.: o choro, a agitação motora) reconhecidas pela mãe como apelo e pedido dirigido a ela, colocando-a em posição de responder (Kupfer et al., 2009; Pesaro, 2010; Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). Inconscientemente, a mãe traduz as ações do bebê criando uma demanda invertida em apelo que o bebê faz a ela, a qual alicerça as atividades relacionais posteriores e a entrada no campo da linguagem (Kupfer et al., 2009; Pesaro, 2010; Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). Majoritariamente o eixo, situa Pesaro (2010), traz indicadores apreendidos do lado do bebê em que opera a mudança de necessidade para desejo na relação do bebê com o outro. Os indicadores representam o entrelaçamento do corpo com o registro pulsional, no qual a sexualidade da criança vai sendo construída e as bordas são demarcadas no seu corpo, dando-lhe um sentido (Pesaro, 2010).

A mãe, ao identificar no bebê preferências e gostos, reconhece um sujeito desejante e diferente dela (Pesaro, 2010). Ainda que seja uma antecipação, o bebê recebe a imagem refletida no rosto da mãe identificando-se com um corpo integrado e organizado (Pesaro, 2010). Quando o Outro encarnado antevê realizações instrumentais do bebê, introduz ofertas e demandas que auxiliam a sustentá-las (Pesaro, 2010).

As intervenções focam-se em marcar o reconhecimento do bebê diante do Outro apontando que é capaz de reagir e buscar ser olhado. Uma marca importante é a presença do manhês, que reaparece. Do lado dos pais, mostra sua implicação pelo bebê demandando-lhe uma resposta e, do lado do bebê, que é capaz de se deixar capturar pelo Outro. A posição de um retroalimenta a do outro porque a posição desejosa dos pais (aparece no olhar, voz e gestos) convoca o bebê. Recebe a demanda que lhe é feita de forma invertida, ou seja, os pais supõem que o bebê os demanda e o bebê, identificado, passa a demandar.

Como referido, as respostas dos prematuros, nos aspectos físicos, costumam ser sutis, o que exige maior capacidade interna dos pais de captarem suas respostas. Contudo, esses estão igualmente fragilizados e necessitam também de amparo e, como os bebês, precisam de que suas demandas e mensagens sejam traduzidas. A psicóloga emprestava, temporariamente, os significantes faltantes aos pais e bebês perante o esvaziamento da palavra para que suas manifestações não fossem tomadas no registro da necessidade, o que não é incomum no caso de prematuros, em que se escuta, algumas vezes dos pais e da equipe: “Ele não sorri ainda, ele está tendo espasmos”, “Os prematuros são assim, dormem muito”, “Eles (prematuros) não

enxergam bem”, etc. Essas ideias, às vezes realistas, da prematuridade, podem prejudicar a capacidade parental (e dos profissionais) de se deixar iludir por esse suposto sujeito de desejo.

Esses aspectos surgem na ilustração de Luana, prematura extrema de muito baixo peso. Após melhorar e ser extubada, os pais contam sobre sua melhora enquanto Luana dorme na incubadora. Aproximo-me e olho atenta seus movimentos, os pais explicam-me que eles não têm falado muito com ela porque se agita e os batimentos aceleram; preocupam-se com a possibilidade de “prejudicá-la”. Falo-lhes que ela parece se emocionar ao ouvi-los porque os reconhece entre tantas vozes ali mostrando saber que seus pais estão junto dela. A mãe enche os olhos de lágrimas e me ouve em silêncio, olhando a filha na incubadora. O pai brinca que a esposa “vai ficar se achando, que não irá parar de falar agora e que contará a toda família que a filha se emociona ao ouvi-la”. Falo que Luana irá, aos poucos, aprender a lidar com a emoção, mas que podem chegar calmamente, enunciar sua presença e pedir que se tranquilize, que a toquem de forma gradual e calma. Quando a saturação da bebê cai, os pais explicam que foi porque a manusearam muitas vezes e que “ela não gosta disso” afirmando que “já sabem como ela é”. No decorrer do acompanhamento, notava-se “no rosto” dos pais como Luana estava (piorou, melhorou) havendo uma “comunicação silenciosa” entre mim e os pais. Viu-se que a operação de leitura ocorria tanto do lado da bebê, quanto do lado dos pais.

O bebê ocupa lugar privilegiado (fálico) no imaginário parental, o que o faz identificar-se com essa posição, oferecendo-se como objeto que satisfaz o Outro, ilusão que o protege da violência do puro Real (Vanier, 2016). No entanto, a prematuridade pode dificultar essa falicização, e o bebê pode não se oferecer como objeto do que falta à mãe (Vanier, 2016; Wanderley, 1999). O parto antecipado pode ser traumático pela descontinuidade temporal que interrompe a construção imaginária que os pais faziam do bebê, fazendo-os confrontarem-se com o Real orgânico dele (Zornig, Morsch & Braga, 2004). O bebê frágil e imaturo precisa responder às exigências extra-uterinas, adaptar-se ao mundo externo e lidar com vivências corporais e sensações táteis oriundas de aparelhos que lhe permitem sobreviver (Zornig et al., 2004).

O prematuro é menos aberto à interação e mais reativo a estímulos visuais e auditivos, criando defesas arcaicas perante a exposição à dor e a estímulos (Camarotti, 2011). Tem pouca oportunidade de desenvolver uma relação de reciprocidade nas primeiras semanas de vida, mas, é justamente a qualidade dessa relação que pode influenciar o seu desenvolvimento futuro (Pontes & Cantillino, 2014).

É preciso favorecer essa relação auxiliando os pais a antever nas manifestações reflexas dos bebês atos volitivos dirigidos a eles, atribuindo ao choro, por exemplo, estatuto de apelo. Com Luana, buscou-se direcionar o olhar dos pais apontando-lhes que os via, escutava-os e não era indiferente à presença deles. Frequentemente, a clínica emprestava palavras aos pais, dando sentido ao que se passava com os bebês, dizendo, por exemplo: “A Lívia já tá chorando de fome”, “O Vitor virou na incubadora porque tá querendo olhar a mamãe?!” ou falando pelo bebê “Deixa eu te vê mamãe!”. Alguns pais conseguiam antever desejos, gostos e atos em seus filhos, supondo ali um sujeito ao dizer que os entendiam, sabiam do que gostavam ou não, falando por exemplo: “Fica assim quando está com fome”, “Ele quer só ficar no colo e fica bravo quando o coloco no berço”.

É crucial o momento em que os pais atribuem sentido às produções do bebê, mesmo que reflexas, como o ato de sugar (atribuindo vontade de mamar) ou o reflexo de Moro (nomeando susto, comunicação). Essas manifestações automáticas, para Jerusalinsky (2002), auxiliam o Outro encarnado (pais) a atribuir significantes que ajudam o bebê nas novas produções. O bebê

necessita de que o Outro seja mestre de seu desejo para que suas manifestações façam algum sentido e organizem as aquisições instrumentais (Jerusalinsky, 2002).

Intervenções facilitadoras da instalação do Eixo 3 - Alternância presença/ausência

O Eixo 3 consiste no intervalo entre a demanda do bebê e a sua satisfação, que implica que a mãe não responda a ele somente com sua presença ou ausência (principalmente simbólica), mas que alterne (Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003). O agente materno, instala a alteridade, pois, ao sustentar e antecipar as produções do bebê, oferece igualmente a ele um espaço no qual surgir (Pesaro, 2010). A descontinuidade é fundamental para que o bebê possa advir enquanto um sujeito de linguagem (Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos..., 2003).

Mathelin (1999b) destaca que, no caso de bebês precocemente separados de suas mães pela internação, é preciso permitir o corte, a perda, a entrada de um terceiro possibilitando simbolizar o traumatismo do nascimento. A autora frisa a importância de trabalhar para “devolver um filho vivo a uma mãe que poderia acolhê-lo como enfim separado dela” (Mathelin, 1999b p. 71).

Dessa forma, será a ausência materna que impulsionará a criança a criar um dispositivo subjetivo para a sua simbolização porque é o intervalo entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe que deixa uma lacuna para que surja a resposta do bebê (Kupfer et al., 2009). Essa experiência servirá de base para as respostas ou demandas futuras (Kupfer et al., 2009). Inclui, entre outros aspectos, a instalação dos ritmos de sono e de alimentação (Pesaro, 2010).

As intervenções centram-se em facilitar a relação pais-bebê considerando o bebê como um sujeito. Propicia-se espaço para um e para o outro na relação, incluindo-se o bebê no diálogo, mesmo que, de início, a psicóloga sustente sua posição diante dos pais. Espera-se que se abra uma brecha para as produções do bebê, ainda que incipientes, considerando-as como respostas, e, ao mesmo tempo, espera-se que ele comece, por exemplo, a acalmar-se com as palavras dirigidas.

O ambiente da UTIN, cercado de cuidados anônimos, pode não facilitar o reconhecimento pela criança do Outro primordial. Pelo lado dos pais, o exercício das funções parentais pode ser obstaculizado pela internação e pela fragilidade do bebê prematuro que se distancia muito do bebê imaginado antes do parto. É fundamental antecipar aquisições na criança que convoquem os outros parentais a considerá-la como sujeito, inclusive a notar sua presença e a sentir sua ausência, visto que ambos se interinfluenciam e precisam da resposta um do outro. É importante considerar pequenos movimentos do bebê como reconhecimento da presença ou ausência dos pais ou como desejo de incluir-se na relação. A partir dessa antecipação o bebê vai, de fato, posicionando-se na relação pais-bebê.

Apresenta-se uma situação clínica ocorrida com Catarina, cujo pai está ao lado do berço aquecido enquanto lhe fala em manhês. Não interfiro, mas o pai me convoca falando-me de sua bebê e conversando de longe, já que não há outros adultos na sala. Chama-me dizendo “Vem olhar ela aqui pra ti vê!”. Aproximo-me, e ele fala por bastante tempo, enquanto Catarina dorme. Fala do parto prematuro e difícil e das intercorrências, as quais fizeram com que sua esposa ainda continue internada sem poder ver a filha. O pai alterna falas tristes diante das preocupações, com outras, afetivas que dirige à filha, que dorme. Pega-a no colo e segue falando de si, conta de sua enorme dor por ter perdido anteriormente uma bebê tão parecida com

Catarina. A voz triste do pai parece incomodá-la e ela acorda, franze a testa e vomita. O pai a limpa e a acolhe. Dirijo-me à bebê nomeando o que está acontecendo: “Catarina estamos mesmo falando de um assunto difícil, de sua irmãzinha. Mas seus pais estão muito felizes por você tá aqui e tá se recuperando bem”. O pai fala-lhe da mãe emocionado: “Filha a mãe ficará bem, se Deus quiser”. Fala da preocupação pela mãe não “mandar o leite” e não a visitar. Aponto-lhe que, infelizmente, sua esposa não pode estar ali, mas que pode dar notícias de uma para outra, até que possam se encontrar. Posteriormente, o observo falar da mãe para Catarina, do quanto são parecidas, fala dos planos para levá-la para casa. Ao sair, diz que irá ver a esposa e levar notícias da filha para ela.

Quando o Outro primordial é capaz de alternar sua presença e ausência e isso se inscreve no bebê, ele poderá sair do funcionamento de pura necessidade e o seu grito poderá ser interpretado como apelo diante da presença ou ausência do Outro ganhando sentido (Jerusalinsky, 2002). Contudo, em bebês hospitalizados, esse fluxo da presença e ausência pode ser afetado pelos cuidados técnicos e anônimos (Vorcaro, Martins & Lucero, 2018). Possivelmente, o agente materno enxerga a dor do bebê, mas pela situação, não pode fazer nada para atendê-lo (Vorcaro et al., 2018).

Muitos bebês queixavam-se quando os pais se despediam na incubadora, largavam-nos no berço ou, até mesmo, estranhavam o atraso dos pais quando vinham em horário fixo e se atrasavam eventualmente. Interessante que alguns pais, na posição de Outro para o bebê, colocavam-se a reconhecer e nomear suas manifestações. Houve situações em que identificavam da porta da UTIN o choro dos filhos, inclusive os acalmando: “A Alice tá chorando com fome” ou “Meu Deus quanto choro, a mãe já tá indo aí!”. Essas intervenções só eram feitas quando os pais não conseguiam fazê-las, situando para a tríade a posição dos pais: “David não precisa chorar, sua mamãe tá vindo” ou “Calma, seus papais já estão aqui”.

Síntese

Ainda que os fragmentos clínicos tenham sido divididos pelos eixos, a constituição psíquica não ocorre linearmente e eles se entrecruzam, aparecendo quase que concomitantemente. A fragilidade biológica pela prematuridade não é sem efeitos para a constituição psíquica, já que o desenvolvimento é resultado do enlaçamento entre o corpo e a instância simbólica que recobre o bebê, intercedida pelos agentes das funções parentais. Obviamente, que nascer prematuro não coloca o bebê, necessariamente, em risco psíquico, todavia, tem-se pais e bebês prematuros que precisam lidar com uma separação precoce e potencialmente traumática. Lidam com uma relação mediada pela incubadora e assistida por profissionais que, embora cuidem do bebê, não garantem sua sobrevivência.

O avanço tecnológico nas UTINs vem permitindo que bebês prematuros sobrevivam, até mesmo, sem sequelas orgânicas no desenvolvimento (Ribeiro, 2018). Entretanto, é preciso atentar para as implicações psíquicas da internação, das manipulações corporais, dos procedimentos dolorosos, assim como da carência de representações e de palavras para o bebê (Ribeiro, 2018; Vanier, 2016; Szejer, 2016). Sem um desejo dirigido ao bebê que o singularize, ele não se sustentará (Santos & Vorcaro, 2018).

Se, do lado dos pais, a prematuridade e a internação em UTIN (com todos os aparatos que os lembram do risco de vida do bebê) não facilita a relação com o bebê real, do lado do bebê tampouco. Seu corpo é frágil, seus sistemas confundem-se com máquinas que operaram por

ele, os sons e manuseios atravessam seu corpo sem que nada lhes seja direcionado ou façam sentido. Frequentemente, tem-se pais feridos narcisicamente e desautorizados enquanto agentes de funções parentais bem como bebês à espera de um Outro que dê sentido a suas vivências e insira-os numa história.

Nesse difícil contexto e, ao mesmo tempo, fértil pelo momento oportuno para a constituição psíquica, a psicanálise é convocada a inserir-se para escutar além dos barulhos de máquinas que preservam a vida dos bebês; para ler os sinais sutis que o corpo deles emite, para traduzir as angústias dos pais tão desamparados quanto seus bebês que, frequentemente, culpabilizam-se e questionam seu (suposto) saber sobre ele frente ao saber médico que lhes desautoriza a (suposta) capacidade inconsciente de cuidar. Jerusalinsky (2002) afirma que, comumente, a incerteza quanto ao futuro do filho pode fazer com que os pais claudiquem quanto à possibilidade de sustentar seu saber inconsciente e realizar uma articulação simbólica que situe o filho na história parental, dando-lhe um lugar, assim como um reconhecimento enquanto sujeito.

O IRDI não visa ao diagnóstico precoce de psicopatologias, mas sim apontar quando algo não vai bem entre o bebê e o Outro primordial (A. N. Jerusalinsky, 2018). A leitura clínica proposta rompe a ideia de que o desenvolvimento infantil resulta da passagem do tempo e dos efeitos dele no organismo (A. N. Jerusalinsky, 2018). As possibilidades orgânicas do bebê são tão fundamentais ao desenvolvimento, quanto o circuito de desejo e demandas (Bernardino, 2006; J. Jerusalinsky, 2018).

Constatou-se que a impossibilidade de tocar, dar colo, amamentar, escutar o choro e sons do bebê entubado pode obstaculizar o desejo parental e a capacidade de investi-lo. Para Mendes, Martins e Melo (2020), outros aspectos podem dificultar o encontro com o bebê na UTIN, como o intenso sofrimento pela precoce separação, os cuidados anônimos que ele recebe da equipe, que deixa os pais desautorizados para cuidar, a constatação da fragilidade do bebê, o risco de morte iminente e os possíveis agravos ao desenvolvimento do bebê.

Deve-se considerar as múltiplas facetas sem que se incorra em uma interpretação linear do que ocorre entre pais e bebês, pois a constituição subjetiva é um processo complexo. Esse processo pode ser representado pelo nó borromeano, que enlaça os três registros (RSI), que são sintetizados por Sibemberg (1998). O autor defende que o Real do corpo do bebê é inscrito e contornado pelos significantes advindos do discurso parental, o que organiza os sistemas (visual, auditivo, fonatório, motor e de aprendizagem) através do Simbólico constituindo, assim, os instrumentos fundamentais para a vida relacional da criança na dimensão do Imaginário. Quando um desses registros não é considerado, fixando o circuito de desejo e demanda em um registro, há risco à constituição psíquica (Jerusalinsky, 2008).

Possivelmente, a ilusão antecipadora, que faz os pais verem em atos reflexos do bebê intenções, fique prejudicada no caso da prematuridade e da UTIN. A singularidade, a filiação familiar é, muitas vezes, trocada por orientações médicas e científicas que preveem capacidades do prematuro e os agrupam apagando marcas que bordam seu corpo. Fernandes (2011) considera que, na intervenção com bebês, o processo de antecipação tem papel fundamental no enlaçamento dos três registros (RSI).

Szejer (2016) orienta oferecer palavras ao bebê internado dando sentidos ao que se passa com ele, e inclusive, orienta enunciar a separação precoce; do contrário, o psiquismo do bebê pode ser perturbado. O trabalho do analista com recém-nascidos é mediar os dizeres parentais com o bebê, traduzindo e decodificando as suas manifestações corporais, possibilitando a comunicação pais-bebê (Szejer, 2016).

Na UTIN, deve-se possibilitar ao bebê advir como sujeito, ajudando os pais e os profissionais a reconhecerem suas mensagens, indo além da reanimação física (Vasconcellos, 2018). O analista faz uma leitura das produções tônico-posturais, gestuais, sonoras e de esquemas cognitivos do bebê enfatizando seu caráter singular e endereçado (Jerusalinsky, 2002). Sua escuta e olhar dirigido ao bebê permite aos pais se identificar e se reposicionar diante dele, não deixando que seja tomado como puro objeto (Borges, 2016). Se as estatísticas demonstram maiores chances de um bebê desenvolver psicopatologias, justifica-se a proposta de intervenções (Santos & Vorcaro, 2018). Sem ter a pretensão de prever transtornos, o analista deve escutar a singularidade de cada encontro dos pais com o Real, viabilizando a simbolização (Santos & Vorcaro, 2018). Evidentemente, a intervenção só poderá ser pensada no caso a caso e, especialmente, deve-se considerar que a resposta que um sujeito dá a cada evento é singular (Santos & Vorcaro, 2018).

Considerando a relevância das relações iniciais e da possível iminência de risco psíquico diante da prematuridade, as UTINs podem oferecer escuta aos pais-bebês, sustentando as produções dos bebês e os agentes parentais para que sustentem seu(a) filho(a). Há muito que avançar quanto à inserção de psicanalistas em UTINs e, em muitos casos em que o atendimento é oferecido, essa inserção se dedica a “casos problemas” em que se identificam impasses na dinâmica pais-bebês ou pais-equipe. Um trabalho preventivo em saúde mental deve oferecer um serviço a todos os pais no momento da chegada do bebê na UTIN, um acompanhamento durante a internação e, inclusive, uma preparação para alta, em que possam falar das inquietações de assumirem o cuidado do bebê. Almejando-se um trabalho mais efetivo, um seguimento pós-alta em serviços de follow up ou em visitas domiciliares que visassem a acompanhar o desenvolvimento psíquico dos bebês e a intervir diante da identificação de risco, poderia contribuir para a diminuição de tantos problemas em crianças prematuras, que a literatura científica há longo tempo apresenta.

Considerações finais

No contexto da prematuridade e de UTIN, devido à fragilidade física e psíquica dos bebês, é relevante intervir, sobretudo, por contar-se com um tempo riquíssimo para intervenções. O bebê está no auge de sua estruturação e traz, potencialmente, uma enorme capacidade de resposta devido à plasticidade neuronal e a sua abertura à rede de significantes.

Sabendo-se dos possíveis entraves da prematuridade à constituição psíquica, é eticamente urgente intervir permitindo a circulação da palavra num ambiente que, por sua complexidade, é pouco implicado no cuidado subjetivo. Cabe ao analista ir ao encontro desses pais e bebês que, geralmente, nada demandam, mas ficam à espera de um outro que nomeie, acolha, traduza e sustente sua dor, ajudando-os a construir uma nova história que não precisa ser marcada pela patologia.

O trabalho psicanalítico na UTIN é possível e, embora as intervenções sejam, muitas vezes, sutis, podem (re)posicionar pais “atrapalhados” pelo traumatismo do parto inesperado, no exercício de suas funções. Pode favorecer as operações essenciais à constituição subjetiva ajudando os pais a olhar além da incubadora e do corpo frágil do bebê que carece de palavras para ascender à linguagem. Compreende-se que, muitas vezes, o encontro do analista com pais e bebês prematuros no contexto da UTIN é breve, contudo isso não impede que um trabalho

seja feito e deixe suas marcas na vida desses sujeitos. Num ambiente de tantas incertezas como o da UTIN, cada encontro é único e cabe ao analista reinventar-se a cada vez.

Indubitavelmente, o estudo apresenta limitações. Não se exploraram as questões da pesquisadora enquanto clínica, como, por exemplo, as questões transferenciais. Sugere-se que estudos futuros se dediquem a descrever intervenções psicanalíticas no contexto da prematuridade e da UTIN, trazendo elementos teórico-clínicos que auxiliem no trabalho. Espera-se que novos estudos tragam resultados mais otimistas quanto à constituição psíquica dessas crianças antes da fixação de psicopatologias descritas vastamente na literatura.

Referências

- Bernardino, L. M. F. (2006). A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In L. M. Bernardino (Ed.), *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição* (pp. 19-41). São Paulo, SP: Escuta.
- Bernardino, L. M. F. (2008). É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In M. C. Kupfer, & D. Teperman (Eds.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp. 13-30). São Paulo, SP: Escuta.
- Bernardino, L. M. F. (2016). Os pontos polêmicos em clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas. In S. Rabello, & M. Bialer (Eds.), *Laço mãe bebê: intervenções e cuidados* (pp. 17-35). São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Bernardino, L. F., Santos, C., Pedrali, C. M., & Dionísio, M. W. (2012). A escuta psicanaliticamente orientada em uma UTI Neonatal. In M. C. Kupfer, L. M. Bernardino, & R. M. Mariotto (Eds.), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (pp. 29-46). São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.
- Borges, A. M. (2016). Intervenção, implicação e inclusão. In M. C Kupfer, & M. Szejer (Eds.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (2a ed., pp. 63-70). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico* (3a ed.) [Versão digital]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
- Camarotti, M. (2011). O bebê na Unidade de Terapia Neonatal: dor e psiquismo precoce. In M. C. Laznik, & D. Cohen (Eds.), *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (E. Parlato-Oliveira, R. E. O. Gomes-Kelly, G. Araújo, & S. A. S. Carvalho, trad., pp. 129-136). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Centro Lydia Coriat (2018). Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In Centro Lydia Coriat. *Apostila do Curso de Capacitação IRDI* (pp. 1-41). Porto Alegre, RS: Centro Lydia Coriat.
- Clark, C. A. C., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm:

- biological and social influences. *Child Development*, 79(5), 1444-1462. Doi: [10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x)
- Costeloe, K. L., Hennessy, E. M., Haider, S., Stacey, F., Marlow, N., & Draper, E. S. (2012). Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPICure studies). *BMJ*, 345:e7976. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7976>
- Fernandes, C. M. (2011). *Psicanálise para aqueles que não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê*. Salvador, BA: Instituto Viva Infância.
- Ferreira, S. S. (2009). As interfaces da clínica com bebês. In E. F. Oliveira, S. S. Ferreira, & T. A. Barretto (Eds.), *As interfaces da clínica com bebês* (pp. 71-84). Recife, PE: Núcleo de Estudos Psicanalíticos.
- Fevang, S. K. E., Hysing, M., Markestad, T., & Sommerfelt, K. (2016). Mental health in children born extremely preterm without severe neurodevelopmental disabilities. *Pediatrics*, 137(4), e2015-3002. Doi: [10.1542/peds.2015-3002](https://doi.org/10.1542/peds.2015-3002)
- Jerusalinsky, A. N. (2018). Risco, prevenção, rastreamento e psicanálise, ou as desventuras da repetição. In D. Wanderley, & M. L. Gille (Eds.), *É tarde! É tarde! Intervenção psicanalítica em bebês com risco de autismo* (pp. 56-67). Salvador, BA: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2008). Temporalidade e clínica com bebês. In L. M. Atem (Ed.), *Cuidados no início da vida – clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia* (pp. 167-188). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Jerusalinsky, J. (2018). Até quando esperar? Da “conduta expectante” ao fechamento do diagnóstico de autismo. In D. Wanderley, & M. L. Gille (Eds.), *É tarde! É tarde! Intervenção psicanalítica em bebês com risco de autismo* (pp. 90-108). Salvador, BA: Ágalma.
- Johnson, S., & Marlow, N. (2014). Growing up after extremely preterm birth: Lifespan mental health outcomes. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19(2), 97-104. Doi: [10.1016/j.siny.2013.11.004](https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.11.004)
- Kupfer, M. C., Bernardino, L. M., & Mariotto, R. M. (2014). Apresentação. In M. C. Kupfer, L. M. Bernardino, & R. M. Mariotto (Eds.), *De bebê a sujeito: a metodologia IRDI nas creches* (pp. 9-12). São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., ... Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003>
- Lacan, J. (2008a). *O seminário, livro 3: as psicoses* (2a ed., A. Menezes, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original proferido em 1955-1956).
- Lacan, J. (2008b). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (2a ed., M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original proferido em 1964).
- Laerum, A. M., Reitan, S. K., Evensen, K. A., Lydersen, S., Brubakk A. M., Skranes, J., & Indredavik, M. S. (2017). Psychiatric disorders and general functioning in low birth weight adults: a longitudinal study. *Pediatrics*, 139(2):e20162135. Doi: [10.1542/peds.2016-2135](https://doi.org/10.1542/peds.2016-2135)

- Laznik, M. C. (2011). Linguagem e comunicação do bebê de zero aos três meses. In M.C. Laznik, & D. Cohen (Eds.), *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp. 93-100). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Lieshout, R. J. V., Boyle, M. H., Saigal, S., Morrison, K., & Schmidt, L. (2015). Mental health of extremely low birth weight survivors in their 30s. *Pediatrics*, *135*(3), 452-459. doi: [10.1542/peds.2014-3143](https://doi.org/10.1542/peds.2014-3143)
- Lindström, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2009). Psychiatric morbidity in adolescents and young adults born preterm: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*, *123*(1), e47-53. Doi: [10.1542/peds.2008-1654](https://doi.org/10.1542/peds.2008-1654)
- Linsell, L., Malouf, R., Johnson, S., Morris, J., Kurinczuk, J., & Marlow, N. (2016). Prognostic factors for behavioral problems and psychiatric disorders in children born very preterm or very low birth weight: a systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *37*(1), 88-102. Doi: [10.1097/DBP.0000000000000238](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000238)
- Mariotto, R. M. (2016). O Instrumento IRDI no campo da saúde. Aplicações, implicações e reflexões. In M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. Moretto (Eds.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 183-201). São Paulo, SP: Escuta.
- Mathelin, C. (1999a). Da pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (2a ed., pp. 61-79). Salvador, BA: Ágalma.
- Mathelin, C. (1999b). *O sorriso da Gioconda* (P. Abreu, trad.). Rio de Janeiro: Companhia Freud.
- Mendes, A. B. C., Martins, K. P. H., & Melo, E. P. (2020). “Ciência da mãe”: modos de cuidados clínicos com bebês prematuros à luz da teoria psicanalítica. *Revista Psicologia e Saúde*, *12*(1), 3-16. Doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.713>
- Moreira, M. E. L., Rodrigues, M. A., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Conhecendo uma UTI neonatal. In M. E. L. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* (pp. 29-42). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ. Doi: <https://doi.org/10.7476/9788575413579>
- Motta, L. A., da Costa, K. S., & Chatelard, D. S. (2007). O diário do bebê: relato de uma experiência em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Encontro Revista de Psicologia*, *6*(16), 167-174. Recuperado de <https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/article/view/2567>
- Passini, R., Cecatti, J. G., Lajos, G. J., Tedesco, R. P., Nomura, M. L., Dias, T. Z., ... Sousa, M. H. (2014). Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *PLoS ONE*, *9*(10), e0116843. Doi: [10.1371/journal.pone.0116843](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116843)
- Pesaro, M. E. (2010). *Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. (2003). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *6*(2), 7-25. Doi: <https://doi.org/10.1590/1415-47142003002001>
- Pontes, G. A. R., & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *63*(4), 290-298. Doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000037>

- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.* (2016). Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília, DF. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Ribeiro, A. C. P. (2018). Articulações sobre os impactos psíquicos da vivência de dor na UTI Neonatal nos bebês prematuros e a metapsicologia de Freud. In A. Vorcaro, L. C. Santos, & A. O. Martins (Eds.), *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 185-203). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Sampieri, H. R., Collado, F. C., & Lucio, P. B. M. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5a. ed., D. V. de Moraes, trad.), Porto Alegre: Penso.
- Santos, L. C., & Vorcaro, A. M. R. (2018). Implicações da doença e da hospitalização do bebê ao nascer. In A. M. R. Vorcaro, L. C. Santos, & A. O. Martins (Eds.), *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 237-277). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Scott, M. N., Taylor, H. G., Fristad, M. A., Klein, N., Kimberly, A. E., Nori, M., & Maureen, H. (2012). Behavior disorders in extremely preterm/extremely low birth weight children in kindergarten. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 33(3), 202-213. Doi: [10.1097/DBP.0b013e3182475287](https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182475287)
- Sibemberg, N. (1998). Autismo e linguagem. In N. Sibemberg (Ed.), *Escritos da criança nº 5* (pp. 60-71). Porto Alegre, RS: Linus editores; Centro Lydia Coriat.
- Sucksdorff, M., Lehtonen, L., Chudal, R., Suominen, A., Joelsson, P., Gissler, M., & Sourander, A. (2015). Preterm birth and poor fetal growth as risk factors of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 136(3), e599-e608. doi:10.1542/peds.2015-1043
- Szejer, M. (2016). Palavras para nascer II. In M. C. Kupfer, & M. Szejer (Eds.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (2a ed., pp. 117-128). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Vanier, C. (2016). O devir dos prematuros. In S. Rabello, & M. Bialer (Eds.), *Laço mãe bebê: intervenções e cuidados* (M. Bialer, trad., pp. 293-309). São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Vasconcellos, A. (2018). *O bebê, o psicanalista e a UTI neonatal: intervenção e transmissão em psicanálise*. Vitória, ES: Causa.
- Vorcaro, A. M. R., Martins, A. O., & Lucero, A. (2018). Quando a dor constitui a primeira exterioridade. In A. M. R. Vorcaro, L. C. Santos, & A. O. Martins (Eds.), *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 205-235). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Wanderley, D. B. (1999). Agora eu era o rei. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: os entres da prematuridade* (2a ed., pp. 141-151). Salvador, BA: Ágalma.
- Woodward, L. J., Moor, S., Hood, K. M., Champion, P. R., Foster-Cohen, S., Inder, T. E., & Austin, N. C. (2009). Very preterm children show impairments across multiple neurodevelopmental domains by age 4 years. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 94(5), F339-F344. Doi: [10.1136/adc.2008.146282](https://doi.org/10.1136/adc.2008.146282)
- World Health Organization. (2018). *Preterm birth*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Zornig, S. A.-J., Morsch, D. S., & Braga, N. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(4), 135-143. Doi: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004004009>

Revisão gramatical: Jandira Pilar
E-mail: jpillar20@gmail.com

Revisão das normas APA: Catherina Coradini Rosso – Formatus Consultoria Acadêmica
E-mail: formatus.ca@gmail.com

Recebido em março de 2021 – Aceito em março de 2022.