

## Dossiê

### Efeitos do diagnóstico de psicopatologia na infância para a relação mãe-bebê

**Vanessa Ayres Tibiriçá; Daniela Paula do Couto; Nayara Dias Mamede; Helena de Almeida Cardoso Caversan; Mardem Leandro Silva; Elizabeth Fátima Teodoro**

**Resumo.** Para a psicanálise, a constituição subjetiva remonta ao que se estabelece nos encontros e desencontros no seio familiar, os quais originam um vínculo nomeado relação mãe-bebê. A partir de uma investigação teórica, o artigo sustenta a hipótese de que o estabelecimento de um diagnóstico psicopatológico no período inicial de vida do bebê pode provocar problemas no vínculo, relacionados tanto a uma dificuldade da mãe em exercer a função materna, quanto a um embaraço do bebê em responder ao Outro materno. Assim, ao propor uma intervenção a tempo com o bebê e os pais, a psicanálise possibilita construir uma saída que envolve recuperar essa relação, de modo a fortalecer o vínculo e buscar um novo lugar para esse bebê no desejo do Outro.

**Palavras chave:** intervenção a tempo; psicanálise; psicopatologia; relação mãe-bebê.

### Efectos del diagnóstico de psicopatología en la infancia para la relación madre-bebé

**Resumen.** Para el psicoanálisis, la constitución subjetiva se remonta a lo establecido en los encuentros y desajustes dentro de la familia, que originan un vínculo denominado relación madre-bebé. A partir de una investigación teórica, el artículo sustenta la hipótesis de que el establecimiento de un diagnóstico psicopatológico en el período inicial de la vida del bebé puede ocasionar problemas en el vínculo, relacionados tanto con la dificultad de la madre para el ejercicio de la función materna, como con la dificultad del bebé en respuesta al Otro materno. Así, al proponer una intervención en el tiempo con el bebé y los padres, el psicoanálisis permite construir una salida que

---

\* Psicóloga. Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: [vanessaatibirica@hotmail.com](mailto:vanessaatibirica@hotmail.com)

\*\* Doutoranda em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [dp.couto@yahoo.com.br](mailto:dp.couto@yahoo.com.br)

\*\*\* Pós-graduanda em Psicanálise, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [nayaramamede@gmail.com](mailto:nayaramamede@gmail.com)

\*\*\*\* Mestranda em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil. E-mail: [helenacaversan@gmail.com](mailto:helenacaversan@gmail.com)

\*\*\*\*\* Doutor em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [mardemls@yahoo.com.br](mailto:mardemls@yahoo.com.br)

\*\*\*\*\* Doutoranda em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil. E-mail: [elektraliz@yahoo.com.br](mailto:elektraliz@yahoo.com.br)

implica recuperar esta relación, para fortalecer el vínculo y buscar un nuevo lugar para ese bebé en el deseo del Otro.

Palabras clave: intervención en el tiempo; psicoanálisis; psicopatología; relación madre-bebé.

### **Effects of the diagnosis of psychopathology in childhood for the mother-baby relationship**

**Abstract.** For psychoanalysis, the subjective constitution goes back to what is established in the encounters and mismatches within the family, which originate a bond named mother-baby relationship. Based on a theoretical investigation, the article supports the hypothesis that the establishment of a psychopathological diagnosis in the initial period of the baby's life can cause problems in the bond, related both to the mother's difficulty in exercising the maternal function, and to an embarrassment of the baby in responding to the maternal Other. Thus, when proposing an intervention in time that with the baby and the parents, psychoanalysis makes it possible to build an exit that involves recovering this relationship, in order to strengthen the bond and seek a new place for that baby in the Other's desire.

**Keywords:** intervention in time; psychoanalysis; psychopathology; mother-baby relationship.

### **Effets du diagnostic de psychopathologie dans l'enfance sur la relation mère-bébé**

**Résumé.** Pour la psychanalyse, la constitution subjective remonte à ce qui s'établit dans les rencontres et les décalages au sein de la famille, à l'origine d'un lien nommé relation mère-bébé. Sur la base d'une investigation théorique, l'article soutient l'hypothèse que l'établissement d'un diagnostic psychopathologique dans la période initiale de la vie du bébé peut entraîner des problèmes dans le lien, liés à la fois à la difficulté de la mère à exercer la fonction maternelle, et à une difficulté de le bébé en répondant à l'Autre maternel. Ainsi, en proposant une intervention dans le temps avec le bébé et les parents, la psychanalyse permet de construire une issue qui passe par la récupération de cette relation, afin de renforcer le lien et de chercher une nouvelle place pour ce bébé dans le désir de l'Autre.

**Mots-clés:** intervention dans le temps; psychanalyse; psychopathologie; relation mère-bébé.

O presente artigo originou-se de uma pesquisa de iniciação científica<sup>1</sup> cujo objetivo era investigar, com base no aporte teórico-clínico da psicanálise, os efeitos de um diagnóstico de psicopatologia grave na infância para a relação mãe-bebê.

A psicanálise admite que a constituição do sujeito remonta ao que se estabelece no seio da relação familiar e, enquanto um dispositivo teórico e clínico, dispõe de um regime próprio para conceituar cada agente e função dessa relação, de modo a localizar a posição que cada um dos envolvidos assume na dinâmica familiar. Nesse contexto, a família, portanto, funcionaria como condição de possibilidade para que um bebê pudesse advir como sujeito ao dispor de recursos suficientes para se reconhecer como desejante. Justamente por essa razão o tema da pesquisa se faz relevante, posto que investiga os mecanismos por meio dos quais o bebê admite ser simbolizado pelos pais.

Sendo assim, a subjetividade não seria dada de antemão, mas construída no encontro do bebê com seu entorno simbólico, ou seja, a partir do modo por meio do qual os respectivos agentes cuidadores encarnam suas funções de pai e de mãe, compondo uma família. A esse vínculo

---

<sup>1</sup> Agradecemos ao Programa Institucional de Apoio à Pesquisa (PAPq/UEMG) pela bolsa de iniciação científica concedida à Vanessa Ayres Tibiriçá.

inicial conferimos a denominação de *relação mãe-bebê*, destacando tratar-se de um encontro, no que ele alude à fragilidade contingente de sua condição, a saber, o encontro entre a mãe e o bebê não está a salvo das idiosincrasias referentes às singularidades irreduzíveis de cada um dos envolvidos. Isso significa que o desencontro é também uma vicissitude comum e, portanto, admissível no processo relacional.

Convém salientar que o termo mãe deve ser entendido de forma ampliada, enquanto função materna, ou seja, um lugar formal, e, portanto, vazio, a ser ocupado por quem se dispuser a não somente cuidar do bebê, mas colocar nesses cuidados “a marca de um interesse particularizado” (Lacan, 1969/2003, p. 369). Se a mãe se interessa pelo bebê é porque uma característica específica dele capturou a atenção dela, o que quer dizer que a mãe reconhece nele não somente um corpo que precisa ser alimentado, higienizado e protegido, mas, sobretudo, o seu filho. É isso que dá início à constituição subjetiva.

Nesse ponto, a maternagem se difere da função materna, pois a primeira refere-se a atividades de atenção e cuidados primários ao bebê que podem ser exercidas tanto pela mãe como pelo pai. Contudo, sabemos como a mãe ganha destaque nessa relação familiar devido às suas “[...] capacidades gestacional e alimentar, próprias do corpo feminino, condições que geram uma proximidade corporal que não caracteriza a posição do pai (por mais que ele participe das práticas de manutenção e cuidados de seu filho) [...]” (Jerusalinsky, A., 2020, p. 16). Já a função materna se relaciona à função paterna e juntas são responsáveis pela transmissão de algo “que é de outra ordem que não a da vida segundo as satisfações das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo” (Lacan, 1969/2003, p. 369). Enquanto a satisfação das necessidades se volta para o bebê como ser vivo, animal, a constituição subjetiva não se reduz a tal satisfação, já que se volta para o bebê enquanto um ser pulsional, desejante, que quer muito além do que lhe é oferecido. Por consequência, para que haja sujeito, o desejo dos pais não pode ser anônimo, mas renomado, tanto no sentido de ser celebrado, quanto no sentido de se inscrever constantemente. É dessa forma que um agente materno enquanto um *outro* semelhante cumpre a função de *Outro* e, por meio de significantes destacados do que se capta das manifestações do bebê, oferece um campo simbólico em que a oferta de significação permite a passagem de um organismo recém-nascido a um filho.

À função materna se soma a função paterna, enquanto o significante que vai barrar o desejo da mãe de ter a criança só para ela (Lacan, 1958/1999). Quando a mãe passa a ter outros interesses além do filho é sinal de que a função paterna está se fazendo presente em seu discurso. Nesse movimento, a mãe se assume como um sujeito que segue a desejar, visto que o filho não obturou sua falta. O filho se intriga com o desejo da mãe e se aliena a esse desejo, tomando-o como algo que pode suprir sua falta e, assim, torna-se também sujeito desejante. Nesse sentido, podemos dizer que ele está se constituindo de maneira harmoniosa do ponto de vista psíquico.

Mas, e quando o bebê apresenta algum sofrimento psíquico? Como se daria essa relação se já temos como pacificada a posição teórico-clínica de que um distúrbio na ordem do afeto seria variável suficiente para comprometer o gesto de reconhecimento do outro, e sendo esse gesto fundamental para a proposição de um vínculo entre mãe e bebê? Em suma, quais os efeitos de um diagnóstico de psicopatologia na infância para a relação mãe-bebê?

A partir dessas questões, o presente artigo se apresenta como uma investigação teórica, método de pesquisa cuja relevância destacamos por sua relação com as duas vertentes do ensino, a acumulação e a investigação, assim dispostas por Miller (2003, n.p.):

Uma parte de todo ensino é repetição. Esta parte não deve ser descartada nem desprezada: repetir o que já foi dito e acumulado por aqueles que vieram antes de nós. [...] Mas há outra vertente do ensino, já que não se ensina somente repetindo. Esta outra vertente é a investigação. Investigação é pesquisa, pesquisa do novo. É verdade que, para ter a idéia [*sic*] do novo, é necessário conhecer o acumulado.

Essa necessidade advém do fato de que a pesquisa em psicanálise parte do contato com a trama conceitual e a história prévia de suas elaborações, ou seja, ela se dedica também à releitura da teoria “justamente [para] não reconhecer nela uma massa de informações prontas e definitivas” (Lo Bianco, 2003, p. 121). É esse procedimento inicial de releitura que permite ao pesquisador testar os limites da teoria para introduzir o “novo, na referida teoria, por meio da multiplicação das possibilidades de sentido retiradas da clínica psicanalítica” (p. 117).

Sem desconsiderar os limites deste artigo, propusemo-nos a rever o não-todo acumulado a respeito do tema, com o objetivo de apresentar os efeitos que um diagnóstico de psicopatologia na infância pode gerar na relação mãe-bebê. Dessa forma, por meio da investigação teórica, recorreremos a alguns textos de Sigmund Freud e Jacques Lacan, além de escritos de psicanalistas que, na atualidade, pesquisam e intervêm no campo das psicopatologias em articulação com a relação mãe-bebê.

Consideramos os questionamentos apontados nesta investigação como fundamentais já que tipificam o impasse conferido pelo impacto das nomeações diagnósticas no gesto de desejar da mãe. Entendemos que tanto os bebês, em estado de sofrimento, enfrentam uma dificuldade de vínculo com o Outro materno, quanto as mães, que em decorrência de um diagnóstico de psicopatologia, podem colocar em suspenso algo de sua disposição desejante, o que comprometeria a constituição de elementos essenciais do vínculo com seu bebê.

### **Da *Hilflosigkeit* ao *Nebennensch*: do desamparo estrutural do bebê à ação conjuntural do outro acolhedor**

O bebê humano, mesmo quando nasce a termo, está numa condição inicial de desamparo [*Hilflosigkeit*] por necessitar tanto dos cuidados de um outro para sobreviver fisicamente, quanto dos cuidados do Outro para sobreviver psiquicamente. Esse *outro* grafado com minúscula se refere ao outro enquanto semelhante, por exemplo, a mãe ou a pessoa que cuida do bebê, fornecendo alimento, higienizando, protegendo do frio ou do calor. Já quando falamos do *Outro* grafado com maiúscula, estamos nos referindo ao inconsciente como discurso, pois “o inconsciente é o discurso do Outro.” (Lacan, 1955/1998, p. 18). O campo do Outro é o campo da linguagem, elemento primordial na constituição do sujeito, por isso, o Outro designa a ordem simbólica, representada pela mãe ou pelo cuidador, para onde se direcionam as demandas e onde o desejo se pronuncia.

Portanto, “[...] o desamparo psíquico supera a concepção meramente motora ou biológica, tendo em vista que se coloca como condição ao organismo biológico que, para além de necessidades vitais, precisa de um ‘Outro’ que o sustente psiquicamente [...]” (Passos, Neves & Menezes, 2018, p. 527). Lacan, no texto em que trata da formação da função do eu a partir do estádio do espelho, também menciona um organismo humano inacabado e insuficiente, que padece com os “[...] sinais de mal-estar e falta de coordenação motora dos meses neonatais [que confirmam] uma verdadeira *prematuration específica do nascimento no homem*.” (Lacan, 1949/1998, p. 100, grifos do autor).

É nesse sentido que “o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais.” (Freud, 1895/2003, p. 196). O ser humano se sente moralmente convocado a cuidar desse semelhante indefeso e a satisfazê-lo com alguma ação específica, já que um bebê é incapaz de promovê-la. O termo escolhido por Freud para falar dessa condição estrutural do ser humano – *Hilflosigkeit* – “[...] é carregado de intensidade, expressa um estado próximo do desespero e do trauma [pois] o sujeito exposto ao excesso de excitação vive uma situação de desamparo, necessitando lidar com o turbilhão de estímulos que o acometem”. (Hanns, 1996, p. 181).

O aparelho psíquico do neonato tem que trabalhar com os estímulos do mundo externo e do próprio corpo. Os estímulos do mundo externo são descarregados pela ação dos neurônios motores, pela fuga do estímulo. No entanto, não se pode fugir dos estímulos do próprio corpo que se expressam pelas necessidades vitais como fome, respiração e sexualidade. O que resta ao bebê é contar com uma “[...] *ajuda externa* [*Nebenmensch*], na medida em que, por meio da eliminação pelo caminho da alteração interna, um indivíduo experiente atenta para o estado da criança.” (Freud, 1895/2003, p. 196, grifos do autor).

Essa descarga pela via da alteração interna, mencionada por Freud (1895/2003), pode ser, um grito, um choro, um resmungo. Esse grito precisa convocar o Outro primordial que vai interpretá-lo como um incômodo para o bebê a partir de significados relativos à satisfação das necessidades, como fome, desconforto, dor, frio, calor. Mas, junto da ação específica para promover uma experiência de satisfação, vai a ação da linguagem, que se verifica não somente pelas palavras que acompanham a ação, mas por todo um modo particular do Outro de realizar o cuidado, indicando com isso um interesse particularizado pelo bebê. A ação específica

[...] ocorre quando a falha do funcionamento do organismo é reconhecida por alguém que exerce – sempre de um modo singular, mas tributária do saber da cultura – o suprimento/suplemento que evita os efeitos da redução mortífera do organismo. Por isso, é possível dizer que o neonato humano só subsiste afetado pela ação específica do outro que carrega consigo (em seus gestos, em seus objetos, em sua fala) toda a ordem simbólica. (Vorcaro, 2010, p. 625).

O grito interpretado pelo Outro adquire “[...] a função secundária da mais alta importância de *comunicação*” (Freud, 1895/2003, p. 196, grifos do autor), pois à medida que os pais introduzem o bebê em seu discurso, falando dele e com ele, dando-lhe um nome, atribuindo-lhe características, eles marcam-no com seus significantes e expressam o desejo que têm por ele, apostando que há ali mais que um organismo insuficiente necessitado de cuidados e, assim, antecipam um sujeito, como descreve Teperman (1999, p. 152):

O primeiro grito do bebê é puro grito, resposta a uma estimulação interna que é incapaz de discriminar: ao mal-estar, o grito. A mãe aparece, socorre o bebê, dizendo-lhe: “Você deve estar com fome, a mamãe vai dar leite quentinho...” A partir desta experiência de satisfação – mítica –, o bebê, quando grita, responde à estimulação interna, mas antecipa o cuidado, a voz, o cheiro da mãe que virá atendê-lo, antecipando, por sua vez, para o bebê, um mundo de significações, matizes, sutilezas.

A ação específica que gera a satisfação no bebê é efetuada pelo que Freud (1895/2003) denominou de *Nebenmensch*, traduzido literalmente por “homem/humano ao lado” (Torres, 2011, p. 63). O *Nebenmensch* se coloca como alteridade ao bebê, atendendo suas necessidades vitais, até que “a demanda por alimento gradualmente vai se convertendo em demanda de amor. Ao longo deste processo, o movimento desejante vai passando a fazer parte da gramática

infantil e, ao mesmo tempo, o outro vai ganhando status de potência simbólica” (Kloutal & Faissol, 2016, p. 67), ou seja, vai se tornando o Outro.

É essa potência simbólica do Outro que constitui a relação mãe-bebê, em que o grito da necessidade é transformado em demanda de um sujeito suposto desejante, como dispõe Vorcaro (2004, p 74): “por um lado, a interpretação materna dada ao grito da descarga tensional perfura, no organismo, a necessidade; por outro lado, o grito, a resultante de uma tensão orgânica, é elevado à função de apelo, interpretado como signo [...]”. No lugar do grito investido por um significado que parte do Outro materno uma presença subjetiva se instala. Assim, os cuidados da mãe passam a ser tomados como dons que apaziguam a tensão do bebê e que têm o poder de recobrir o real do organismo com uma palavra que acalenta e um gesto que conforta.

Esse ato de acalantar é acompanhado do som da voz da mãe que se apresenta já no início de tudo como um afeto, que causa efeitos no real do corpo, e conduz o bebê a se abrir para uma rede de simbolizações. Ao posicionar o bebê em um lugar majestoso em seu desejo, a mãe o acolhe com uma ternura particularizada, destacando justamente os elementos cruciais para o alcance da linguagem, pois os cuidados oferecidos são permeados por ricas expressões faciais e sensações corporais singulares pelo contato corpo a corpo, que captam toda atenção do bebê justamente pelo seu caráter erótico, pois tais atos são acompanhados por uma enfática oralidade prosódica, conhecida como o “manhês”. Uma harmonia sonora próxima a uma musicalidade, característica da fala materna, que ao se apresentar diferente de qualquer outro ruído do ambiente, faz com que o bebê se envolva em seu compasso e se reconheça a partir dele.

A primeira marca que o Outro produz no sujeito e que remete à primeira matriz simbolizante é essa suposição de temporalidade ritmada. Antes do sentido, o prazer já é encontrado no ritmo. O que promove tal ritmicidade são as alternâncias que a mãe propicia com seu toque, olhar, sons, e até com sua própria presença. Desse modo, o manhês é importante, porém, sozinho, não causa efeito no bebê. Todas as invocações presentes nos demais movimentos anteriormente citados são essenciais nesse endereçamento, porque o que invoca o ser a advir, são os atos de enunciações que quando direcionados ao bebê, transmitem-lhe uma mensagem não anônima, a qual, por conseguinte, o legitima como aquele com poder de resposta, o que gera efeitos de surpresa e de prazer, convocando o bebê a corresponder ao ponto de ele ceder parte de si na esperança de permanecer enlaçado/afetado, visto que o Outro lhe é primordial tanto à sobrevivência, quanto à satisfação.

“Diante da afirmação de uma enunciação que intima a manifestação do bebê, exacerba o gozo vocal” (Rezende & Vorcaro, 2018, p. 52). Assim, o bebê, mesmo inapto à linguagem comunicativa, usufrui dos seus modos enunciativos. Além das variações corporais, o seu grito que originalmente era uníssono, também passa a demonstrar graduais mudanças na tonalidade, intensidade e ritmo. Assim como o agente e seu manhês, o bebê também encontra no som e no silêncio, instrumentos para convocar e transmitir uma mensagem particularizada, já que ele também espera receber uma resposta do Outro, que venha lhe tamponar a falta e lhe satisfazer, ainda que parcialmente, visto que, independentemente das intervenções, nada que ambos façam corresponderá por completo os anseios do outro. O “mal entendido” que abarca os afetos de todo laço social impede tal contentamento e é a partir dessa não-relação que a linguagem aparece como meio de dar conta desse desencontro. Logo, é de se afirmar que a relação mãe-bebê é permeada por delicados atos e são esses os responsáveis pelas inscrições fundantes do sujeito.

Como vimos, a mãe tem que se dispor a interpretar os apelos de seu bebê, que por estar em uma condição de desamparo, vai tentar estabelecer uma relação objetal com o Outro materno

convocado a restaurar um estado de serenidade para o bebê (Passos et al., 2018). Mas isso não é tarefa fácil no caso de bebês saudáveis e pode se tornar uma grande dificuldade no caso de bebês diagnosticados com alguma psicopatologia.

### **A relação mãe-bebê diante da psicopatologia**

As patologias relacionadas à relação mãe-bebê se constituem enquanto tema da pesquisa clássica do médico e psicanalista vienense René Arpad Spitz, que na década de 1940, estudou as primeiras relações de objeto, a constituição do objeto libidinal, os organizadores da psique, além do papel das relações mãe-filho no desenvolvimento saudável do bebê, bem como no desenvolvimento de patologias. Ele defendia que “a existência da mãe, sua simples presença, age como um estímulo para as respostas do bebê; sua menor ação – por mais insignificante que seja – mesmo quando não está relacionada com o bebê, age como um estímulo.” (Spitz, 1965/2004, p. 124). Nesses termos, a presença da mãe funciona como um incentivo para que o bebê busque uma comunicação com ela e compartilhe seu prazer, fortalecendo a relação entre eles.

Com base em seu trabalho em Denver, no Colorado, Spitz criou o termo hospitalismo, “[...] para designar um estado de alteração profunda, física e psíquica, que se instala progressivamente nas crianças muito pequenas, durante os primeiros dezoito meses de vida, por ocasião de um abandono ou de uma temporada prolongada numa instituição hospitalar.” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 357).

O hospitalismo resultava de uma relação insuficiente entre mãe e filho, denominação de Spitz (1965/2004) para os distúrbios das relações objetais devidas a um fator quantitativo, ou seja, a privação para a criança da relação com sua mãe, sem um substituto apropriado, era equivalente à privação de provisões libidinais vitais à sobrevivência. Na situação em que as crianças eram privadas da mãe por um período ininterrupto de três meses, apresentavam atraso no desenvolvimento corporal, insônia, perda de peso, recusa de contato com o outro e rigidez facial. Já nas situações em que a privação da relação com a mãe era total, os sintomas eram de progressiva deterioração levando ao hospitalismo, condição em que tal deterioração progredia para um quadro de marasmo e morte.

Se a pesquisa de Spitz constatou a dependência total do bebê em relação à presença materna, os avanços clínicos na área da psicanálise de crianças permitiram afirmar que tal dependência não é somente no sentido de que a mãe satisfaz as necessidades vitais do bebê, mas que também transmite a constituição subjetiva e a entrada na linguagem, como defendem Santos e Vorcaro (2016, p. 284):

Não se trata aí da presença materna, mas da função materna, cuja resposta transforma o grito do bebê em demanda – pois é a pessoa que assume a função materna que faz o papel de interpretar as manifestações corporais do bebê, dar sentido a seu grito, oferecendo a ele, além do alimento, o signo, dando um lugar para a criança, na medida em que a coloca como alvo ou como causa de seu desejo.

Quando abordamos as psicopatologias do bebê na atualidade, é importante ressaltar que a psicanálise não trabalha com um diagnóstico fechado e limitado às intervenções, mas com a possibilidade de riscos psíquicos no bebê, pois o desenvolvimento do seu organismo ocorre concomitantemente a uma estruturação psíquica, que depende do modo como o Outro materno antecipa nesse organismo um sujeito. Além disso, é relevante destacar, para a clínica psicanalítica, que o diagnóstico estrutural é diferente do diagnóstico psicopatológico, sendo que

o primeiro se refere às três grandes estruturas psíquicas da psicanálise – neurose, psicose e perversão –, e o segundo seria um reconhecimento fenomenológico de nomeação de psicopatologias de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Diferentemente do diagnóstico psicopatológico, o estrutural se dá em transferência clínica, não se reduzindo à dinâmica fenomenológica de transtornos, e é utilizado no âmbito da prática psicanalítica a fim de conduzir o tratamento, e não comunicado ao paciente para que se apresente enquanto nomeação de seu sofrimento. No entanto, a utilização de um diagnóstico estrutural fechado só se faz possível a partir da adolescência, período no qual a constituição subjetiva é capaz de organizar-se em face a uma estrutura. Nesse sentido, a clínica com bebês/crianças não é pautada em fechamentos diagnósticos, sejam eles psicopatológicos ou estruturais, mas sim em aberturas e possibilidades.

Logo, não falamos de um bebê autista, por exemplo, mas de um bebê em risco de autismo e por isso, o trabalho com esse bebê “[...] deve partir da ação possível e não daquela que está afetada por uma incapacidade específica.” (Engel, Ghazzi & Silva, 2014, p. 1049). Se por vezes a medicina trabalha com a noção de déficit para classificar possíveis psicopatologias, a psicanálise, por outro lado, trabalha com a aposta de que eficiências podem ser despertadas se na relação com seu filho, o Outro materno antecipa nele um sujeito, pois é isso que movimentará o desejo da mãe e o reconhecimento de que há algo nele que vale o seu investimento libidinal.

Para delimitarmos o campo das psicopatologias em bebês, nos servimos da tradução brasileira da *Classification Française de Troubles Mentaux de l’Enfance et de l’Adolescence* – CFTMEA (Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente), uma alternativa às nosografias psiquiátricas inspiradas no DSM, da Associação Americana de Psiquiatria. A CFTMEA concebe a infância e a adolescência como períodos nos quais há uma plasticidade extrema no que se refere à “[...] instalação e estabilização de condições psicopatológicas [sendo] mais evidente a participação decisiva dos contextos biológicos, familiares e sociais, tanto na instalação dos processos psicopatológicos, quanto em sua possível transformação.” (Pereira, 2018, p. 14).

Destacamos alguns sintomas que podem ser observados em bebês com risco de transtornos graves do desenvolvimento, como os que apresentam um funcionamento autístico ou psicótico:

Evitamento ou a perda do olhar [...]; manutenção de um olhar adesivo, para além de várias semanas, sem aquisição estável de um olhar penetrante; uma insônia precoce [...]; uma anorexia primária grave ou outros transtornos graves da oralidade; fenômenos clínicos de pseudo-surdez; gritos monótonos, monocórdios e sem valor relacional ou significativo assinalável; ausência da instauração da angústia do estranho em torno do oitavo mês de vida; fobias múltiplas, variáveis, insólitas e às vezes intensas; um evitamento ou retraimento relacional [...]; transtornos do tônus (hiper ou hipo) sem causa neuropediátrica reconhecida; às vezes presença de estereotípias. (Misès & Silva Junior, 2018, pp. 110-111).

No que diz respeito às depressões no bebê, elas são referentes a situações quantitativas ou qualitativas de carência relacional, em que se ressaltam os seguintes sintomas:

Atonia psíquica: falta do tônus vital que impregna normalmente o funcionamento psíquico do bebê com ausência de curiosidade e de abertura para o mundo dos objetos e para o corpo próprio [...]; retraimento interativo que corresponde a uma ausência de engajamento na troca relacional; lentificação psicomotora: movimentos repetitivos e parciais, se interrompendo antes de ter atingido sua finalidade e com uma lentidão predominante de base, enquanto que as extremidades conservam uma motilidade desarticulada; ausência de estruturação da angústia do estranho; transtornos psicossomáticos de apelo ou de esgotamento: no início do episódio depressivo temos o sentimento que os diversos transtornos funcionais da criança visam reanimar o seu ambiente e solicitar sua atenção enquanto que, na saída de um certo



período de evolução, as defesas recrutadas são ultrapassadas e os transtornos funcionais da criança traduzem então um transbordamento e um desmoronamento do equilíbrio psicossomático da criança. (Misès & Silva Junior, 2018, pp. 111-112).

Esses sintomas, que levam ao diagnóstico de psicopatologias, podem provocar problemas na relação mãe-bebê e dizem respeito tanto a uma dificuldade por parte da mãe de exercer a função materna, quanto a uma dificuldade por parte do bebê de responder às ofertas da mãe, ofertas estas que são tomadas não como dom e apelo, mas como hostis e intrusivas. Campanário e Pinto (2006, p. 152) explicam que “o bebê é ativo na determinação de sua posição e que a mãe não é ‘culpada’, ela desanima caso o bebê não se faça olhar, não se faça escutar, não se faça ‘comer’.” Se fazer comer é uma resposta do bebê às brincadeiras da mãe de fazer de conta de dar mordidas no corpo dele: “Ah... eu vou comer esse pezinho!” E ela puxa o pezinho, morde, ri e arranca sorrisos do bebê. É um momento agradável para os dois. Depois de repetir constantemente essa brincadeira, a mãe consegue perceber que antes de ela puxar o pezinho, o bebê já o estica e o oferece para ser comido. Vemos nessa ação do bebê uma tentativa de causar o desejo da mãe, aumentando a força do vínculo que existe entre eles, ação essa que se manifesta por intermédio da instauração do terceiro tempo do circuito pulsional que podemos acompanhar observando as primeiras manifestações do bebê em sua relação com o mundo e com os objetos.

Ao afirmar que as crianças obtêm prazer com determinadas atividades cotidianas ligadas ao corpo, como a sucção, a defecação e a masturbação, Freud (1905/2016) tomou como fundamento da sexualidade infantil a disposição perverso-polimorfa. Assim, as manifestações sexuais da criança são perversas porque não têm relação com a reprodução e são polimorfas porque não estão centralizadas em um objeto sexual, mas assumem formas variadas de satisfação por meio de zonas erógenas, partes da pele ou da mucosa das quais se originam uma excitação sexual e que são tomadas como a principal referência para os outros prazeres do corpo. Portanto, o corpo da criança é tomado por pulsões parciais autoeróticas, que são pulsões sexuais fragmentadas e independentes entre si no que diz respeito à busca pela satisfação. A obtenção de prazer, inicialmente, é encontrada no próprio corpo e não em um objeto externo.

Marie-Christine Laznik (2013) nos explica que, se em um primeiro tempo do circuito pulsional, a atividade do bebê é em direção ao objeto oral – seio ou mamadeira –, no segundo tempo, a atividade é autoerótica e o bebê chupa a mão, o dedo ou uma chupeta, experimentando uma satisfação alucinatória que se transforma em satisfação pulsional propriamente dita ao se instalar o terceiro tempo, quando “[...] a criança se assujeita a um outro que vai se tornar o sujeito da pulsão do bebê. [...] Vemos aí como a passividade do bebê [...] é apenas aparente. É muito ativamente que ele vai se fazer comer por este outro sujeito, para o qual ele se faz, ele próprio, objeto.” (Laznik, 2013, p. 28, grifos da autora).

Mas, diante da realidade de um diagnóstico de psicopatologia no bebê, ou mesmo da existência de sinais de risco psíquico, esse vínculo pode sofrer uma ruptura ou mesmo perder sua potência simbólica. Toda mãe, em sua trama fantasmática, idealiza o bebê que nascerá e ele nunca corresponderá ao que ela imaginou, por isso mesmo, todo bebê ao nascer, precisa ser adotado simbolicamente, já que ao real do organismo devem se sobrepor as insígnias do amor da filiação. É nesse sentido que o modo como um filho é inscrito no desejo de uma mãe é decisivo para sua estruturação psíquica. Como nos ensina Maud Mannoni, em seu clássico *A criança retardada e a mãe*, “mesmo nos casos em que 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 utiliza esse defeito num mundo fantasmático, que acaba por ser comum às duas.” (Mannoni, 1964/1985, p. XVIII).

Se a mãe fica aprisionada à dificuldade do bebê e a um prognóstico médico devastador, o lugar do filho no desejo materno será o do incapaz e do deficiente, posições atualmente nomeadas a partir de transtornos mentais como descritos no DSM. É nesse sentido que Vorcaro nos alerta que “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”. (Vorcaro, 2011, p. 228).

Tal estranheza se deve ao fato clínico de que um diagnóstico psiquiátrico e seus significantes relacionados a doenças mentais podem produzir uma marca anônima, posto que ela não se refere aos significantes familiares, esses que, como indicou Lacan (1969/2003), portam a marca de um desejo não anônimo que favorece a constituição de um sujeito desejante.

Campanário e Pinto (2006, p. 157), no que se refere ao autismo, alertam que um diagnóstico psiquiátrico e/ou psicanalítico, “[...] se fornecido aos pais nas primeiras consultas, muitas vezes pode levar a família a um movimento de fuga do tratamento precoce, que é o mais importante para a obtenção de melhores resultados clínicos.” Os autores citam que no Congresso Mundial de Autismo, realizado em São Paulo em 2005, houve um consenso

[...] de que só a partir dos três anos podemos fazer um diagnóstico definitivo. Até essa idade, podemos apontar apenas casos de suspeição; porém, já se deve instituir o tratamento mesmo antes do diagnóstico definitivo, visando aos melhores resultados clínicos. De toda forma, se essas crianças não forem autistas, já apresentam um laço frágil com seu agente maternante, que tem riscos de não dar conta de sustentar uma subjetividade a se constituir para elas. (Campanário & Pinto, 2006, p. 158).

O tratamento psicanalítico pode causar mudanças significativas em um quadro de psicopatologia se os sinais de risco psíquico forem observados e tratados precocemente ou, a tempo. Uma intervenção a tempo considera o tempo lógico da constituição subjetiva e não o tempo cronológico do desenvolvimento orgânico, por isso mesmo, não se trata aqui de uma prevenção, como bem explica Neves (2018, p. 75): “[...] falar em prevenção em psicanálise seria um contrassenso, uma vez que o próprio inconsciente não é previsível e articula-se entre as facetas do real, simbólico e imaginário, e da relação que o infans estabelece com o Outro.” Faz parte do tratamento psicanalítico a tempo cuidar da relação mãe-bebê no caso de psicopatologias, pois nesses casos, “o bebê imaginário, construído anteriormente na expectativa e fantasia maternas, é colocado em xeque face à criança real. Assim, o risco subjetivo na relação corresponde [...] ao fato de que o anúncio do diagnóstico pode vir a tornar impossível o encontro entre a mãe e o bebê.” (Goretti, Almeida & Legnani, 2014, p. 415).

A mãe pode tornar o bebê real equivalente à doença e fazer dele um objeto de intervenção médica constante, o que pode tornar superficial o laço entre os dois, pois o foco dos investimentos maternos passa a ser um corpo deficiente que precisa ser superprotegido; ou a mãe não se desvencilha do bebê imaginário e não aceita o bebê real, interrompendo todo tipo de investimento narcísico nele. Em ambos os casos, temos um problema na relação mãe-bebê que carece ser observado, escutado e tratado. É nesse sentido que não se considera, no tratamento, apenas um dos elementos dessa relação, pois “o trabalho na clínica com bebês deve-se fazer junto ao Outro parental que o sustenta, posto que é a partir da relação que se arma entre o bebê e sua família que poderá ser possível intervir.” (Engel, Ghazzi & Silva, 2014, p. 1048).

Portanto, um bebê que apresenta alguma patologia ou risco psíquico para sua estruturação não é acolhido sozinho no tratamento. Aos pais, também é preciso oferecer um espaço de acolhimento e, além disso, um espaço de escuta, pois, diferente do bebê que não tem acesso

direto à linguagem, os pais podem falar sobre seu sofrimento, suas angústias, decepções, frustrações, mas também podem narrar suas elaborações diante do luto pelo bebê imaginado. A realidade que os pais enfrentam terá que ser revestida de novas formações imaginárias capazes de oferecer um sustentáculo simbólico a eles e ao bebê. Um espaço de escuta pode potencializar a busca por um novo lugar para esse bebê no desejo do Outro materno, haja vista que será necessário se haver com o indescritível do real que assola uma mãe cuja imagem do filho se encontra em um desacordo atroz com seus ideais de filiação.

A intervenção em psicanálise implica sempre uma aposta na estruturação de um sujeito, por isso mesmo “[...] se não houver a urgência de um ato sobre a condição do bebê junto de seus cuidadores, a subjetivação desta criança ficará ameaçada.” (Neves, 2018, p. 76). Por essa razão, intervenções com foco na relação mãe-bebê estão implicadas com o irreduzível da transmissão de uma constituição subjetiva que porta a marca de um desejo que inscreve a filiação, pois carrega um nome para o bebê e o insere em um discurso familiar.

Uma dessas intervenções, a Estimulação Precoce de orientação psicanalítica ofertada no Centro Dra. Lydia Coriat, em Buenos Aires e Porto Alegre, trabalha com a tentativa de restabelecimento da função materna, “[...] o que só poderá ocorrer com a presença dos pais nas sessões, nas quais se produzem intervenções em ato do clínico que operam como um engaste e dobradiça no estabelecimento do laço entre a mãe e o bebê, bem como com a escuta paralela oferecida a esses pais.” (Melo, Moraes & Jerusalinsky, J., 2020, p. 76). Para as autoras, a oferta de uma escuta que se faz aos pais os leva a se colocarem na posição de filhos e a fazerem um trabalho psíquico sobre as situações dolorosas que no seu tempo de infância não foram elaboradas, pois é essa construção que vai sustentar um resgate de suas funções na filiação, já que, como nos aponta Freud (1914/2004, p. 110), “o comovente amor parental, no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo renascido dos pais, que, ao se transformar em amor objetal, acaba por revelar inequivocamente sua antiga natureza.” Dessa forma, para que haja uma revivescência do narcisismo a tempos abandonado, é preciso que haja um investimento libidinal da parte dos pais no bebê e só assim, tem-se uma relação afetiva.

Uma outra forma de intervir junto à mãe e ao bebê é por meio da conversação, dispositivo clínico criado por Jacques Allain-Miller, que “[...] se apresenta desde o início com uma condição precisa ao abrir o campo para a palavra [...]. Diante disso, a prática da conversação tem possibilitado o exercício da Psicanálise aplicada, ou seja, para além de sua vertente puramente clínica [...]”. (Miranda, Vasconcelos & Santiago, 2006, p. 4). A partir do que já foi mencionado no que se refere a oferecer um espaço para que as mães falem de seu sofrimento, esse pode ser um método muito profícuo, pois o modo como o núcleo familiar é atingido pela psicopatologia interfere consequentemente na esfera social. A esse respeito, Pereira (2018, p. 14-15) destaca

que intervenções efetivas no plano sócio-familiar podem ter repercussões terapêuticas decisivas em processos potencialmente graves do ponto de vista psicopatológico, mesmo quando suas bases são incontestavelmente biológicas. Este é o caso, por exemplo, de crianças com síndrome de Down, para as quais os imensos progressos obtidos nas últimas décadas deveram-se fundamentalmente por modificações introduzidas nas mentalidades e ações daqueles que se ocupam desses indivíduos e da sociedade em geral.

Sendo assim, a conversação pode ser um dispositivo clínico favorável para as intervenções em equipamentos de saúde coletiva dos municípios que acolhem as mães e seus bebês. Os profissionais desses equipamentos podem conduzir as conversações mesmo não sendo psicanalistas, pois o que é necessário é que o profissional “[...] seja alguém atravessado pela

‘experiência de palavra’, que seja alguém que tenha experimentado e seja sensível à discordância entre o que se diz – o enunciado – e o que se ‘quer’ dizer (ou diz sem querer – a enunciação.” (Ferreira, 2018, p. 133, grifos da autora). Essa disposição para a experiência de palavra coaduna com os novos paradigmas de uma clínica ampliada em que o acesso à eficácia da prática psicanalítica se faz acessível em diferentes contextos institucionais e serviços de saúde coletiva, o que implica novos formatos de produção terapêutica que não se limitem ao espaço do consultório e ao atendimento individual.

Entendemos que um espaço não só de escuta, mas também de fala para essas mães, pode auxiliá-las no manejo com o bebê, constituindo, fortalecendo ou recuperando uma relação entre eles, pois concordamos com Lacan (1975/1998, p. 11) quando ele diz que “é sempre com a ajuda das palavras que o homem pensa. E é no encontro dessas palavras com seu corpo que alguma coisa se esboça. [...] se não houvesse palavras, de que o homem poderia testemunhar? É aí que ele coloca o sentido.” Assim, a oferta da palavra pode levar as mães a construir um novo sentido para a relação com seus filhos.

### **Considerações finais**

A atenção particularizada que o bebê recebe do cuidador, adjunta às ações específicas que suprem as suas necessidades, promovem marcas simbólicas no real de seu corpo, logo, também é por intermédio de ações corporais que o bebê transmite o modo particular de como registrou tais afetações, dando a ver, que além das tensões de cunho fisiológico, há também uma demanda de ordem pulsional, que visa reviver experiências satisfatórias que são obtidas apenas em laço com o Outro. É esse interesse mútuo pelo enlace que conduz gradualmente a relação entre a mãe e o bebê, e é o que também possibilita a inserção do ser na linguagem, permitindo a sua constituição subjetiva. Contudo, o vínculo que sustenta o advir do sujeito fica ameaçado quando as manifestações do bebê não correspondem ao esperado, principalmente quando os pais se deparam com um diagnóstico de psicopatologia, pois diante de uma nomeação outra, diferente e aquém daquela atribuída por eles, sentem-se feridos narcisicamente.

Sendo assim, a relação do bebê com os pais, principalmente com o Outro materno, passa a apresentar dificuldades: tanto a mãe, quanto o bebê podem manifestar resistências em oferecer e responder a estímulos vindos do outro. Ao se depararem com tais dificuldades, os pais podem acabar se prendendo ao diagnóstico, desvitalizando suas funções como cuidadores por reduzir o seu filho à psicopatologia. Essa desesperança que abala o desejo precursor do vínculo tende a afetar o processo constitutivo da criança, determinante para a sua estruturação psíquica. Por isso, a psicanálise reconhece a importância de ofertar um tratamento na clínica infantil, que visa, mesmo sem garantias, um amparo à constituição subjetiva.

Quando se trata da clínica psicanalítica, sabemos que a função diagnóstica aparece como um importante fio condutor para o processo de análise, pois é a partir da constatação de um diagnóstico estrutural que o analista dirige o tratamento, mediante a identificação da relação que o paciente estabelece com o Outro. No entanto, tratando-se da clínica infantil, a utilização do diagnóstico estrutural tampouco é possível, pois a criança é ainda um sujeito em constituição, aberto a possibilidades e a caminhos diversos. Por esse viés, a condução do tratamento não se vincula a um diagnóstico estrutural, mas sim à promoção de intervenções precoces que sustentam uma aposta na condição de sujeito daquela criança. Nesse sentido, ao dar abertura a essa posição, o analista proporciona dinâmicas relacionais diferentes das que a

criança tem vivenciado no espaço familiar, construindo uma via outra aos caminhos de desenvolvimento psíquico e ao vínculo estabelecido com o Outro.

Assim, ao realizar uma intervenção a tempo, o analista não atua somente com o bebê ou com os pais, ele atua na relação entre eles. Esse trabalho visa reorganizar o vínculo por meio dos significantes parentais, atuando nas condições subjetivas do bebê que contribuem para o estabelecimento desse laço, enquanto simultaneamente faz um trabalho de escuta com o cuidador. O analista “opera na transferência com vistas a manejar os afetos de prazer na relação pais-bebês, essenciais para qualquer constituição subjetiva” (Rosi & Lucero, 2018, p. 190).

A partir disso, percebemos que além de observar as elaborações manifestas do bebê, considerando a sua própria trajetória, também é preciso atentar-se ao discurso dos pais, ou daqueles que exercem tais funções simbólicas, visto que a constituição do sujeito se origina no campo do Outro, e, por conseguinte, o sintoma da criança é também entrelaçado às questões do par parental. Sobre esse ponto, Lacan (1969/2003, p. 369) foi enfático ao dizer que “o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar”, o que justifica a constância em que os pais e a relação familiar aparecem na cena analítica, por meio das atividades lúdicas ou pelo próprio discurso do filho, quando ele alcança a capacidade de articular palavras.

Além dessas inferências, Prizskulnik (1995) nos lembra que a criança se encontra dependente dos cuidadores para muitas outras questões: ela é encaminhada ao analista por queixas dos pais, são eles que falam do filho, ou melhor, falam pelo filho. Também é pelo par parental que o processo analítico é aceito ou recusado, ou seja, são os cuidadores que determinam a continuidade ou o fim do tratamento. Portanto, não é apenas o bebê que precisa ser acolhido. O espaço de escuta e observação também deve ser ofertado de forma conjunta aos pais, mas não no sentido de proporcionar a eles também um tratamento psicanalítico, e sim de ajudá-los na promoção de um ambiente no qual possam articular suas implicações com a maternagem e com os afetos de suas vivências pessoais. Atrelado aos discursos dos pais, o bebê, reinscrito na filiação, pode ocupar um lugar majestoso no desejo deles, reacendendo assim, os investimentos libidinais em relação a si.

A Estimulação Precoce – que prioriza o restabelecimento da função materna – e a Conversação – que fornece um espaço de acolhimento no qual as mães podem compartilhar seus sofrimentos, nomeando suas dores por intermédio da palavra – são dois meios de atuação baseados na intervenção a tempo, e são também métodos que ultrapassam o espaço clínico convencional, seguindo o viés de uma clínica psicanalítica ampliada. Logo, a intervenção a tempo implica uma costura coletiva, uma tessitura que envolve o analista, os cuidadores, a criança e sua rede social. Um labor coletivo no intuito de estimular a disposição desejante dos que exercem as funções simbólicas como Outro, por considerarem a criança, que até então se encontra assujeitada, como alguém com predisposição em assumir uma participação ativa na construção de sua própria história.

## Referências

Campanário, I. S., & Pinto, J. M. (2006, dez.). O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, 11(21), 150-169. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v11i21p150-169>

- Engel, D., Ghazzi, M. S., & Silva, H. C. da. (2014, dez.). Acompanhamento Terapêutico e a Relação Mãe-Bebê. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(4), 1045-1058. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-370001022013>
- Ferreira, T. (2018). Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra – a aposta na invenção subjetiva. In T. Ferreira & A. Vorcaro (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp. 129-151). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora.
- Freud, S. (2003). *Projeto de uma psicologia*. (O. Gabbi Jr., trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, trad., Vol. 1, pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Sigmund Freud: Obras Completas* (P. C. de Souza, trad., Vol. 6, pp. 13-172). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905).
- Goretti, A. C. dos S, Almeida, S. F. C. de, & Legnani, V. N. (2014, dez.). A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, 19(3), 414-435. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i3p414-435>
- Hanns, L. A. (1996). Dominar: Bewältigen. In *Dicionário comentado do alemão de Freud* (pp. 176-182). Rio de Janeiro: Imago.
- Jerusalinsky, A. (2020). O amor precoce. In J. Jerusalinsky, & M. de S. de Mello (Orgs.). *Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce* (pp. 11-16). Salvador: Ágalma.
- Klautau, P., & Faissol, K. (2016, abr.). Do Nebenmensch ao Unheimlich: a presença da alteridade no processo de constituição da subjetividade. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 11(21), 66-76. Recuperado de [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_21/pdf/6-Do\\_nebenmensch\\_ao\\_unheimlich.pdf](http://www.isepol.com/asephallus/numero_21/pdf/6-Do_nebenmensch_ao_unheimlich.pdf)
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).
- Lacan, J. (1998). O seminário sobre “A carta roubada”. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 13-66). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955).
- Lacan, J. (1998). Conferência em Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*, n. 23. São Paulo: EBP. (Apresentação oral em 1975).
- Lacan, J. (1999). A metáfora paterna. In J. Lacan, *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (pp. 186-164). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1958).
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969).
- Laznik, M.-C. (2013). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.

- Lo Bianco, A. C. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*, Itatiba, 8(2), 115-123. doi : <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200003>
- Mannoni, M. (1985). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).
- Melo, M. de S. de, Moraes, D. B. de & Jerusalinsky, J. (2020). O autismo e o lugar dos pais na intervenção clínica com a primeira infância: ressignificações da história. In J. Jerusalinsky & M. de S. de Mello (Orgs.). *Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce* (pp. 70-89). Salvador: Ágalma.
- Miller, J.-A. (2003). *O rouxinol de Lacan*. Recuperado de [http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el\\_ruisenor.pdf](http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el_ruisenor.pdf)
- Miranda, M. P., Vasconcelos, R. N., & Santiago, A. L. B. (2006). Pesquisa em psicanálise e educação: a conversação como metodologia de pesquisa. *Anais*, 6. Psicanálise, Educação e Transmissão, 2006, São Paulo. Recuperado de [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000032006000100060&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032006000100060&lng=en&nrm=abn)
- Misès, R., & Silva Junior, P. V. da. (2018). Categorias da CFTMEA – B. Eixo I Bebê (0 a 3 anos). Complementos do Eixo I Geral. In R. Misès & P. V. da Silva Júnior, *Classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente* (pp. 108-115). São Paulo: Instituto Langage.
- Neves, B. (2018). Subjetivação em risco: o advento do sujeito prescinde da condição do Outro? In A. M. R. Vorcaro, L. C. Santos, & A. de O. Martins (Orgs.). *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 69-85). Belo Horizonte, MG: Ed. Artesã.
- Passos, C. F., Neves, A. S., & Menezes, L. S. de. (2018, jul./set.). Prolegômenos do desamparo na psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(3), 525-544. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n3p525.7>
- Pereira, M. E. C. (2018). Prefácio. In R. Misès & P. V. da Silva Júnior. *Classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente* (pp. 09-17). São Paulo: Instituto Langage.
- Prizskulnik, L. (1995). A criança e a psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento infantil. *Psicologia USP*, 6(2), 95-102. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1678-51771995000200006>
- Rezende, A. O., & Vorcaro, A. M. R. (2018). Os (des)encontros do infans com a linguagem. In A. O. Martins, L. C. Santos, & A. M. R. Vorcaro. *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 45-68). Belo Horizonte: Ed. Artesã.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). Hospitalismo. In *Dicionário de psicanálise* (pp. 356-357). Rio de Janeiro: Zahar.
- Rosi, F. S.; & Lucero, A. (2018). Intervenção precoce x Estimulação precoce na clínica com bebês. *Tempo Psicanalítico*, 50(1), 174-193. Recuperado de <https://tempopsicanalitico.com.br/index.php/tempopsicanalitico/article/view/324>.
- Santos, L. C., & Vorcaro, Â. M. R. (2016, ago.). Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer: a contribuição da psicanálise e de seu método clínico. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, 21(2), 282-301. Doi: <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p282-301>
- Spitz, R. A. (2004). *O primeiro ano de vida* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965).

- Teperman, D. W. (1999). Do desejo dos pais ao sujeito do desejo. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, 4(7), 151-158. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v4i7p151-158>
- Torres, R. (2011, jan./jun.) Indicações sobre a estrutura da ação específica freudiana: efeitos para o sujeito da psicanálise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14(1), 61-76. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000100005>
- Vorcaro, A. (2004). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. (2010, dez.). Urgência subjetiva do neonato em UTI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 617-634. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400006>
- Vorcaro, A. (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.

**Revisão gramatical:** Wilson Alexandre Gonçalves.  
**E-mail:** wiag@bol.com.br

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