



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**CENTRO DE HUMANIDADES**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**JESSICA FREIRE SALES PONTE**

**ATRAVESSAMENTOS DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS TRAUMÁTICAS NAS  
RELAÇÕES PRIMÁRIAS DO BEBÊ AVALIADO COM RISCO PARA O AUTISMO**

**FORTALEZA**

**2024**

**JESSICA FREIRE SALES PONTE**

**ATRAVESSAMENTOS DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS TRAUMÁTICAS NAS  
RELAÇÕES PRIMÁRIAS DO BEBÊ AVALIADO COM RISCO PARA O AUTISMO**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Teorias e Práticas em  
Psicanálise.

Orientador: Prof. Dra. Karla Patrícia  
Holanda Martins

**FORTALEZA**

**2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

P857a Ponte, Jessica Freire Sales

Atravessamentos das vulnerabilidades sociais traumáticas nas relações primárias do bebê avaliado com risco para o autismo : Estudo exploratório / Jessica Freire Sales Ponte. – 2024.

70 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Karla Patricia Holanda Martins.

Coorientação: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

1. Relações mãe-bebê. 2. Vulnerabilidades sociais traumáticas. 3. Depressão do bebê. 4. Clínica psicanalítica institucional. I. Título.

CDD 150

---

JESSICA FREIRE SALES PONTE

ATRAVESSAMENTOS DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS TRAUMÁTICAS NAS  
RELAÇÕES PRIMÁRIAS DO BEBÊ AVALIADO COM RISCO PARA O AUTISMO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial à obtenção do título de mestre em  
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Teorias e Práticas em Psicanálise.

Orientadora: Prof. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins

Aprovada em: 28/02/2024.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

---

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Beatriz Sernache de Castro Neves  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

## **Agradecimentos**

Primeiramente, agradeço a Deus sobre todas as coisas.

Em especial, à minha família, aos meus avós Judite e Manoel, por quem tenho um enorme amor e agradecimento por me terem como filha. Aos meus pais, por todo amor investido, apesar das adversidades.

À minha segunda família, Sergio e Lia, meus eternos carinho e agradecimento.

À Professora Dra Karla Patrícia, como profissional que admiro de longa data.

Agradeço a atenção, o carinho, a paciência e a sustentação ao longo desta caminhada. Suas contribuições são de grande importância para minha formação e meu caminhar junto à psicanálise.

Ao meu analista, José Wneivton Barbosa.

Ao IPREDE/CONECTA, pelo trabalho exercido ao longo de trinta anos com as famílias em situação de vulnerabilidade social. Instituição que fez parte da minha trajetória desde do início da minha graduação em psicologia, sendo a porta de entrada para meu trabalho com os pequenos e suas famílias. Em especial, ao meu amigo e grande profissional João Vicente Menescal, que demonstra amor e sensibilidade em tudo que faz. À Edda Araújo, por todo apoio e carinho na minha caminhada no setor de estimulação precoce. A todos os meus pequenos e às suas famílias, que me deram carinho e confiança ao longo desses anos.

Aos meus amigos do CONECTA/IPREDE, pelos quais tenho grande afeto

Aos meus queridos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, em especial à professora Caciana Linhares, exemplo de profissional, pessoa doce, de alegria contagiante. Aos meus colegas de mestrado, com os quais dividi momentos de trocas enriquecedoras.

À minha querida professora Octávia Danziato, que ainda na graduação pôde me apresentar a psicanálise. Às minhas amigas de graduação Leidiane Estevão e Cleidiane Silva.

Aos professores que contribuíram com a minha banca de qualificação e agora de defesa: Nadja Barbosa, Álvaro Madeiro Leite e Beatriz Sernache, o meu carinho e a admiração pela trajetória de vocês.

Esta menina tão  
pequenina quer  
ser bailarina.

Não conhece nem dó nem ré  
mas sabe ficar na ponta do pé.

Não conhece nem mi nem fá mas  
inclina o corpo para cá e para lá.

Não conhece nem lá nem si,  
mas fecha os olhos e sorri.

Roda, roda, roda com os bracinhos no ar e  
não fica tonta bem sai do lugar.

Põe no cabelo uma estrela e um véu  
e diz que caiu do céu.

Esta menina tão  
pequenina quer  
ser bailarina.

Mas depois esquece todas as danças, e também  
quer dormir como as outras crianças.

Cecília Meireles, A Bailarina.

## **Resumo**

Este trabalho objetiva problematizar a partir da perspectiva psicanalítica, os atravessamentos na relação mãe-bebê com risco de autismo em contextos sociais marcados por vulnerabilidades potencialmente traumáticas: como a fome e situações cotidianas de desamparos sociais e discursivos. Para tanto, retomaremos, em primeiro plano, a teoria winnicottiana para pensarmos o desenvolvimento emocional do bebê em um ambiente sensível e contínuo. Propomos, assim, duas questões relevantes: como uma família atravessada por situações traumáticas, sem rede de apoio familiar e social, poderia manter condições necessárias para apresentar o mundo para o seu bebê de forma sensível, delicada e contínua? Outra questão importante que se complementa: como o bebê pode internalizar/simbolizar essas primeiras experiências quando essa apresentação se associa a aspectos ambientais disruptivos? Tendo esse questionamento como ponto de partida, teremos como campo de pesquisa o Instituto da Primeira Infância (IPREDE), especificamente o CONECTA (Unidade de Assistência a Crianças com TEA), um ambulatório que atende crianças de zero até 12 anos com sinais de risco para autismo. Acompanhando um conjunto de pesquisas clínicas já desenvolvidas na instituição e, igualmente, partindo do viés psicanalítico, tomamos a reflexão sobre as manifestações do sofrimento psíquico na primeiríssima infância, marcadas por situações de vulnerabilidades. Com vistas a problematizar os efeitos para o desenvolvimento físico e emocional do bebê nesse contexto de desamparo, retomaremos a teoria winnicottiana para compreendermos o desenvolvimento emocional do bebê a partir desse viés. Também, utilizamos dos estudos contemporâneos de Bernard Golse para compreendermos o fenômeno da depressão precoce e como o bebê se apresenta nesse contexto. Resgatamos, também, os primeiros estudos sobre o assunto a partir da pesquisa de René Spitz sobre bebês em privação de função materna, por ausência física ou psíquica. Acrescentamos a esse tópico alguns conceitos da teoria de André Green para pensarmos a dimensão especular da depressão materna. Além desse percurso bibliográfico apresentado,

retomaremos o trabalho de atendimento clínico institucional, apresentando a trajetória de intervenção precoce psicanalítica a partir do IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil) com uma criança que entra no CONECTA com um ano e três meses sob a investigação de risco para autismo.

Palavras-chaves: relações mãe-bebê, vulnerabilidades sociais traumáticas, depressão do bebê, clínica psicanalítica institucional



## **Abstract**

This paper aims to analyze, from a psychoanalytic perspective, the establishment of the motherchild bond of children at risk of autism in social contexts marked by potentially traumatic vulnerabilities, such as hunger, and everyday situations of social and discursive helplessness. We will return to Winnicott's theory to think about the healthy emotional development of the baby in a sensitive and continuous environment. Thus, some relevant questions arise: how a mother crossed by traumatic situations, without family and social support, could maintain the necessary conditions to present the world to her baby in a sensitive, delicate and continuous way? How can the baby internalize/symbolize these first experiences when this presentation is associated with disruptive environmental aspects? Our research field will be IPREDE/CONECTA, an outpatient clinic that serves children from birth to 12 years old with signs of risk for autism. Accompanying a set of researches already developed at the institution and, also based on the psychoanalytic bias, we reflect on the manifestations of psychic suffering, marked by situations of social and discursive helplessness. Aiming to problematize the forms of mother-baby relationships, we will return to Winnicottian theory to reflect on the baby's early depressions and their possible causes, rescuing René Spitz's notes to think about babies deprived of maternal function; André Green to think about the specular dimension of maternal depression and the contemporary studies of Bernard Golse to explain baby depression. In addition to the bibliographical path, we will resume the work of institutional clinical care, presenting the work path using the RICD instrument (Risk Indicators for Child Development) for monitoring and intervention with a child who entered CONECTA aged one year and three months, under investigation for autism.

**Keywords:** relation mother baby, traumatic social vulnerability, baby depression, institutional psychoanalytic clinic

## **Sumário**

<b>Introdução.....</b>	<b>09</b>
<b>Maternidades em contextos de vulnerabilidades sociais potencialmente traumáticas.....</b>	<b>18</b>
<b>Estudos iniciais sobre a depressão precoce.....</b>	<b>25</b>
<b>Prevenção em psicanálise com bebês em situação de vulnerabilidades sociais e econômicas.....</b>	<b>37</b>
<b>Apresentação do Setor de Estimulação Precoce do CONECTA.....</b>	<b>42</b>
<b>Caso clínico: Depressão do bebê.....</b>	<b>46</b>
<b>Discussão do caso clínico a partir dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil.....</b>	<b>48</b>
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>60</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>64</b>

## **Introdução**

Esta pesquisa tem como objetivo problematizar, a partir de uma perspectiva psicanalítica, as formas de relação mãe-bebê com risco de autismo em contextos sociais marcados por vulnerabilidades potencialmente traumáticas, como a fome, e situações cotidianas de desamparos sociais e discursivos. A escolha do tema da pesquisa é resultado da experiência clínica/institucional como terapeuta única no setor de estimulação precoce na instituição clínica CONECTA – Unidade de Assistência a Crianças com TEA do Instituto da Primeira Infância – IPREDE.

Para chegarmos a essa temática, é importante citarmos outras instituições que fizeram parte do percurso da autora e colaboraram na reflexão deste tema de pesquisa. Ainda na graduação em Psicologia, na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com o CAPS Infantil Maria Ileuda Verçosa no atendimento de crianças que apresentavam sofrimento psíquico grave, e na Creche Escola Casa da Tia Léa, na qual se pôde acompanhar crianças pequenas com atrasos no desenvolvimento, a partir do instrumento IRDI nas escolas. Foram experiências importantes que ajudaram a compreender o sofrimento psíquico ainda na primeira infância.

Além disso, cabe destacar a experiência como estagiária e depois como psicóloga no projeto de extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado, vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC), na Clínica Escola de Psicologia da UFC. Nesse projeto, realizávamos atendimentos na clínica escola de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, com crianças em sofrimento psíquico grave, além de participarmos de supervisões clínicas semanais, cursos e formações com professores/psicanalistas que se dedicavam ao estudo da infância.

A partir da experiência, de 2021 a dezembro de 2023, como terapeuta única na clínica CONECTA, no setor de estimulação precoce, com crianças pequenas que apresentavam sinais de autismo e suas famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica, surgiu o nosso objetivo de pesquisa, já citado anteriormente.

Em 2021, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que há 2 milhões de autistas no Brasil. Já nos Estados Unidos, em 2020, foi estipulado que 1 a cada 36 pessoas estão dentro do Transtorno do Espectro do Autismo, de acordo com relatório do Center of Diseases Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças, CDC). O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua 5ª edição, ou DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), considera o Transtorno do Espectro Autista como

um transtorno do neurodesenvolvimento, no qual conceitua: “Os transtornos do neurodesenvolvimento são considerados um grupo com condições que se apresentam no início do desenvolvimento, acarretando prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Incluindo tanto excessos como déficits e atrasos em atingir os marcos esperados” (American Psychiatric Association, 2014, p. 72).

Desse modo, o DSM-5 considera o Transtorno do Espectro Autista a partir dos seguintes critérios diagnósticos:

Critério diagnóstico A - Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos; critérios diagnóstico B - Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; critérios C - Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida). E critério D - Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente (American Psychiatric Association, 2014, p. 72).

Com o crescente número de casos diagnosticados no Brasil e nos EUA, precisamos indagar sobre os contextos nos quais esse expressivo aumento está sendo considerado. Com base nesses dados, principalmente nos que se referem ao Brasil, e no número de crianças que estão na fila de espera do Sistema Único de Saúde (SUS) aguardando atendimentos direcionados ao TEA em Fortaleza, problematizamos, a partir da psicanálise, as concepções sobre o diagnóstico do autismo que desconSIDERAM que o sujeito psíquico se estabelece a partir da relação com o Outro, incluindo aqui suas relações com a sociedade e com a cultura.

Essa preocupação é levantada por alguns autores, como Vorcaro e Lucero (2011), que apontam a problemática relacionada à redução, tal como sintetiza os manuais psiquiátricos; essa concepção corre o risco de reduzirmos a criança a uma origem que lhe é alheia, não contemplando seus laços familiares.

Testemunhamos que, muitas vezes, ao receber um diagnóstico de autismo, especialmente de forma abrupta e precoce, a criança passa da condição de filho para a condição de estranho. As associações constantes dos comportamentos da criança aos sintomas apresentados nos manuais psiquiátricos sobre o autismo podem dificultar sua constituição subjetiva, produzindo um elevado nível de angústia e preocupação nos profissionais da saúde e, por vezes, na própria família.

Observamos, nesse contexto institucional, crianças que apresentam alguns sintomas, como dificuldade de estabelecer uma relação com o outro através do olhar, da linguagem e da expressão do corpo; apresentação de recusa na relação, respondendo com manifestações de irritação e choro quando compelidos; e recusa também na alimentação, seja no aleitamento materno, seja até mesmo ingestão de água. Esses formam um conjunto de sinais de alerta. O caso que será discutido na última parte deste trabalho retomará essas questões.

Todavia, autores como Guedenay e Jeammet (2002) destacam que essa sintomatologia também se apresenta em casos de crianças que apresentam retraimento relacional e é frequentemente associada a transtornos do desenvolvimento. O retraimento relacional seria

um fechamento sobre si mesmo, o movimento de se afastar para se defender, para se preservar; quando durável é associado frequentemente a uma patologia grave, como o autismo e outros distúrbios globais do desenvolvimento, bem como à depressão do bebê (Guedeney & Jeammet, 2002, p. 485).

Desse modo, seguindo os passos indicados acima e as observações a partir do trabalho clínico realizado, propomos pensar a presença de estados depressivos dos bebês e suas possíveis relações com os atravessamentos das vulnerabilidades sociais e econômicas potencialmente traumáticas.

No que concerne à pesquisa em psicanálise, Rosa (2004, p. 335) evidencia a importância de pensarmos “em uma pesquisa em psicanálise a partir dos atravessamentos dos fenômenos sociais e políticos”.

Freud (1918/1980) já havia demonstrado sua preocupação com a extensão da psicanálise aos contextos institucionais, abrindo a possibilidade de esta ser utilizada em populações mais pobres. Em suas palavras:

Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam a bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente (Freud, 1918/1980, p. 210).

Dessa maneira, Freud (1918/1980) ressalta a importância do tratamento gratuito para as populações mais vulneráveis e excluídas. Todavia, de acordo com o autor, para conseguir alcançar esse público, o método psicanalítico precisará ser adaptado, mas sem deixar de lado as bases psicanalíticas fundamentais.

Mais contemporaneamente, a psicanálise aplicada, tal como nomeada por Freud (1918/1980), foi definida por Rosa (2004, p. 331) como “uma abordagem por via da ética e das concepções de psicanálise, de problemáticas que envolvem uma prática psicanalítica que aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação de tratamento psicanalítico”.

Nesse sentido, essa pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo bibliográfico e da experiência clínica no setor de estimulação precoce do CONECTA/IPREDE. Desse modo, seguiremos com informações para apresentarmos a instituição.

O IPREDE foi criado inicialmente com o intuito de atender crianças com quadros de desnutrição e obesidade, juntamente com suas famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica. Após alguns anos, a instituição também conta com atendimentos em equipe interdisciplinar, ampliando seu olhar para as questões orgânicas e psíquicas. Para compreendermos melhor o percurso da instituição a qual será nosso campo de pesquisa, faremos uma breve apresentação de sua história.

Desde a sua inauguração, em 1986, o IPREDE (Instituto de Prevenção da Desnutrição e da Excepcionalidade) buscava atender bebês e crianças com quadros de desnutrição nos mais variados graus e em situação de vulnerabilidade social e econômica. A instituição foi criada nesse contexto de mortalidade infantil por conta dos casos de desnutrição crescente e por contextos de vulnerabilidades sociais e econômicas.

Porém, a partir de 2006, com as políticas públicas de Estado estabelecidas no primeiro governo Lula, taxas de desnutrição infantil foram diminuindo e a instituição foi percebendo outras necessidades que precisavam de atenção, como as questões relacionadas ao desenvolvimento da criança de forma integral.

Nesse contexto, em 2008, o IPREDE passa a ser chamado de Instituto da Promoção da Nutrição e do Desenvolvimento Humano, quando amplia o cuidado com a criança desnutrida, passando a intervir também no Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI).

Nesse mesmo ano, foi criado o setor de Mediação, baseado no protocolo MISC-ICDP, com o objetivo de trabalhar o vínculo criança/família, mediado por uma equipe interdisciplinar formada por profissionais de Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. O protocolo MISC refere-se ao Programa de Educação Mediacional para um Cuidador mais sensível, com ênfase na cognição e no afeto. Esse protocolo é utilizado ainda hoje no setor de Mediação, com base nos oito princípios e nos três diálogos idealizados por Rye e Hundeide (2005) para um cuidador mais sensível.

Simultaneamente, também foi criado o Centro de Inclusão Profissional, que capacita, forma e intermedia a inserção de mães e pais no mercado de trabalho, bem como o projeto Mãe Colaboradora, que contrata profissionalmente as mães de crianças atendidas para trabalharem na instituição.

No ano de 2012, o IPREDE foi renomeado como Instituto da Primeira Infância, por promover os cuidados de prevenção e promoção da saúde com a primeira infância. No âmbito relacional, o IPREDE passa a evidenciar a importância de se trabalhar o vínculo entre as famílias e as crianças, considerando a importância do cuidador, criando, assim, o setor de Mediação baseado no protocolo MISC-ICDP, com o objetivo de trabalhar o vínculo criança/família, mediado por uma equipe interdisciplinar formada por profissionais de Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. O protocolo MISC refere-se ao Programa de Educação Mediacional para um Cuidador mais sensível, com ênfase na cognição e no afeto. Diante disso, a ampliação do olhar do IPREDE para as questões relacionais gerou impactos significativos na vida das crianças atendidas e de suas famílias.

Somando-se a isso, trinta anos depois da criação do IPREDE, foi criada a Unidade de Assistência à Criança Autista (CONECTA),

“Com o intuito de receber as crianças diagnosticadas ou com sinais de risco para autismo que estavam há muito tempo na fila de espera do SUS. Essa carência de atendimento desencadeou uma fila de espera com mais de 7 mil crianças, de acordo com a Secretária de Saúde, tornando-se uma problemática de saúde pública” (Araújo et al., 2021, p. 6).

O CONECTA foi criado com o intuito de prestar assistência multidisciplinar de prevenção e tratamento às crianças de zero a doze anos com sinais de risco de autismo ou já diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e às suas famílias (Araújo et al., 2021).

A criação de um anexo exclusivo para atendimento de crianças com TEA se deu a partir da carência de serviços especializados voltados para crianças diagnosticadas com TEA na cidade de Fortaleza. Segundo a Secretaria de Saúde do município, havia 7.000 crianças à espera de atendimento, indicando a falta de instituições voltadas para o TEA e o problema de saúde pública, principalmente porque gerava uma constante e intensa procura, não somente no que diz respeito ao diagnóstico, mas também no que diz respeito ao tratamento dessas crianças (Araújo et al., 2021).

Essa pesquisa está relacionada com outros estudos realizados na instituição com a primeira infância e com famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica. A partir dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) estiveram há mais de dezessete anos presentes no IPREDE desenvolvendo pesquisas.

Nesse sentido, podemos citar o primeiro trabalho realizado na instituição, ainda nos anos de 2006 a 2009, intitulado *Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver* (Martins et al., 2011). O estudo tratava da experiência dessas famílias em situação de precariedade, tendo que lidar com a fome e a falta de recursos básicos para sobrevivência. Nesse trabalho, eram considerados os possíveis efeitos subjetivos das experiências de fome na construção do laço mãe-criança.

Podemos citar ainda o primeiro trabalho de pesquisa de mestrado da psicóloga Ângela Sousa de Carvalho (2011), com a orientação da Professora Doutora Maria Celina Peixoto Lima e co-orientação da Professora Doutora Karla Patrícia Holanda Martins, no qual se pode compreender os aspectos relacionais e psíquicos que envolvem a alimentação, especialmente nos processos que envolvem o desmame.

A partir dessa pesquisa de mestrado desenvolvida pela psicóloga Ângela Carvalho, cuja defesa de mestrado contou com a presença do psicanalista Alfredo Jerusalinsky, iniciou-se uma parceria do psicanalista com a instituição, ministrando palestras, seminários e supervisões para os profissionais que trabalhavam no campo da Intervenção Precoce no laço mãe-bebê. Houve a aplicação do instrumento Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil por profissionais psicólogos/psicanalistas para a utilização nas consultas de bebês e crianças pequenas, criando-se o setor de Intervenção Precoce.

O setor de Intervenção Precoce foi inaugurado a partir da parceria entre o IPREDE, a Universidade Federal do Ceará, a Universidade de Fortaleza e o Centro Lydia Coriat, de Porto Alegre, articulando os trabalhos realizados pelos professores Karla Patrícia Holanda Martins (UFC), Álvaro Madeiro Leite (UFC), Alfredo Jerusalinsky (Centro Lydia Coriat), Leônia Teixeira Cavalcante (UNIFOR), Octávia Martin Danziato (UNIFOR) e Maria Celina Peixoto Lima (UNIFOR), juntamente ao coordenador técnico científico João Vicente Menescal e a alguns alunos de graduação, mestrado e doutorado. Nesse período, produziram-se trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado e teses de doutorado. A lista desses trabalhos pode ser consultada no livro *A experiência da fome na clínica e na cultura* (Martins et al., 2023).



Anteriormente, Dauer e Martins (2015) já apontavam uma possível relação entre os sintomas de depressão e retraimento maternos e os quadros de desnutrição da criança.

Da mesma forma, Carvalho (2011) estabeleceu relações entre a desnutrição e a recusa alimentar como sintoma da relação mãe-bebê, mais particularmente no que se refere aos processos de separação.

Martins et al. (2016) relacionaram os quadros de desnutrição e problemas relativos à aquisição da fala aos processos de estabelecimento da demanda e ao narcisismo materno no que se refere às condições libidinais dessas mães.

Neves (2021), no trabalho com as famílias a partir do instrumento IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil), pode utilizá-lo como uma importante ferramenta clínica para escuta e testemunho do sofrimento trazido pelas famílias a partir do atendimento de bebês e crianças pequenas.

O diferencial do nosso trabalho foi analisar, por meio de uma perspectiva psicanalítica, o laço mãe-bebê com risco de autismo em contextos sociais marcados por vulnerabilidades potencialmente traumáticas. No estudo de caso, levantamos a hipótese de procurar investigar possíveis relações entre os quadros de depressão dos bebês, confundidos como autistas, e as situações de vulnerabilidades ambientais que fragilizam o laço mãe-bebê, como a precariedades social, econômica e cultural, as violências cotidianas, seja intra ou extrafamiliar, os abusos físicos e/ou psicológicos, a fome, a falta de moradia digna e o emprego, dentre outras.

A escolha do caso foi construída a partir dos seguintes critérios de inclusão: 1) bebê de 1 a 3 anos que apresentava sinais de risco para autismo, mas que adiante não teve esse diagnóstico confirmado; 2) caso clínico de depressão do bebê atendido no setor de estimulação precoce há mais de um ano, facilitando, assim, alcançar os objetivos de nossa pesquisa; e 3) intervenções psicanalíticas realizadas com a dupla mãe-criança.

Como critérios de exclusão, podemos citar: 1) caso clínico de criança maior de três anos que não está sendo acompanhada no setor de Estimulação Precoce; 2) famílias que não desejaram participar da pesquisa; e 3) crianças diagnosticadas com autismo após o tempo de investigação no setor.

Nossa hipótese é que, em alguns casos, esses sinais de risco de autismo são, na realidade, sinais de sofrimento psíquico relacionados a quadros de depressão do bebê, tendo como principal sintoma o retraimento relacional e a dificuldade no estabelecimento do laço mãe-bebê. Também podemos observar que essas crianças que chegam à instituição com a

suspeita de autismo, mesmo com alguns sinais que se aproximam dos que estão descritos nos manuais, não necessariamente têm esse diagnóstico confirmado.

Evidencia-se que a investigação e o aprofundamento da temática proposta pressupõem a obtenção de informações de natureza qualitativa, que nos permitirão compreender a singularidade das questões apresentadas.

Nesse sentido, organizamos nossa pesquisa a partir de três capítulos com o intuito de alcançarmos nosso objetivo principal: problematizar, a partir da perspectiva psicanalítica, as formas de relação mãe-bebê com risco de autismo em contextos sociais marcados por vulnerabilidades potencialmente traumáticas, como a fome, e situações cotidianas de desamparos sociais e discursivos.

Desse modo, o objetivo do segundo capítulo foi apresentar os aspectos relacionados ao exercício da função materna em contextos de vulnerabilidades potencialmente traumáticas. Partiu-se de autores que estudam a maternidade em contextos sociais marcados pela fome e por desamparos sociais e discursivos, a exemplo de Prati et al. (2009), no seu texto Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família, e de Ayres et al. (2003), em seu texto Risco, vulnerabilidade, e práticas de prevenção e promoção da saúde.

Também discutimos neste capítulo a questão da maternidade em contextos sociais marcados por vulnerabilidades potencialmente traumáticas, sejam elas fome, violência, abusos físicos e psicológicos e privação de afeto, a partir dos textos Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver (Martins et al., 2011), Fome: umbral da vergonha (Martins & Kupermann, 2017) e Para além da alimentação: um olhar psicanalítico sobre as políticas públicas de saúde na primeira infância (Martins et al., 2014).

Finalizamos retomando a compreensão do conceito de trauma a partir de Freud, em seus textos Como se origina a angústia (1894), Fixação em traumas - o inconsciente (1916-1917) e Inibições, sintomas e ansiedades (1926), além do psicanalista Sandor Ferenczi, em suas obras A criança mal acolhida em sua pulsão de morte (1929), Traumatismo e angústia (1932), Confusão de língua entre o adulto e a criança (1933/1992b) e Reflexões sobre o trauma (1934).

No terceiro capítulo, buscamos compreender como se dá o desenvolvimento emocional do bebê a partir da teoria winnicottiana, apresentando os conceitos de ambiente, função materna, holding, handling e apresentação de objetos. Também retomamos algumas teorias

iniciais sobre bebês em estados de privações afetivas, como o estudo empírico de René Spitz (2004) que observou bebês tomados por separações abruptas e precoces de seus familiares e colocados em instituições de acolhimento. A partir dessas observações, o autor elaborou os conceitos de hospitalismo e depressão anaclítica.

Ainda nesse terceiro capítulo, apresentamos o conceito de Depressão do Bebê proposto por Bernard Golse (2006), no qual o autor analisa, a partir de uma perspectiva psicodinâmica, os impasses nos processos de subjetivação do bebê. O autor também retoma Spitz para analisar os estados de depressões precoces a partir da teoria das privações afetivas em estados de carência qualitativa, quantitativa e descontinuidade interativa.

No quarto capítulo, discutimos sobre a prevenção em psicanálise com bebês em situação de vulnerabilidades sociais e econômicas. Sabemos que o IRDI é um instrumento sensível para avaliar e detectar sinais de risco psíquico com bebês e crianças de 0 a 18 meses e situar o analista em relação às dificuldades que se estabelecem no laço mãe- bebê. No trabalho institucional com famílias em situação de vulnerabilidades sociais e econômicas com potencial traumático, refletimos como o IRDI pode auxiliar na escuta e na intervenção de questões de desamparo que atravessam essas famílias que frequentam a instituição. Ainda nesse capítulo, apresentamos também um caso clínico de um bebê que chegou à instituição por apresentar sinais de risco de autismo, mas que não se confirmou.

Considerando que este trabalho propõe estudo de caso clínico, ressalta-se que foi submetido e aprovado pela Plataforma Brasil com o seguinte número de protocolo CAAE: 77131123.2.0000.5054.

## **Maternidades em Contextos de Vulnerabilidades Sociais Potencialmente Traumáticas**

Não basta nascer para ser, e não basta ser para existir” (Golse, 2022, p. 94)

O objetivo deste capítulo é apresentar o contexto das famílias que são atendidas na instituição e discorrer sobre o conceito de vulnerabilidades potencialmente traumáticas a partir de autores que tratam a questão do trauma nas relações iniciais do bebê com o ambiente em contextos sociais marcados pela fome e pelo desamparo social e discursivo. É importante citarmos que as experiências adversas da maioria das famílias que são atendidas na instituição estão diretamente ligadas a situações de vulnerabilidade social e econômica.

Nesse contexto, entendemos o termo “vulnerabilidade” como as situações vividas por “famílias expostas a fatores de risco que sejam de natureza pessoal, social ou ambiental que coadjuvam ou incrementam a probabilidade de seus membros virem a padecer de perturbações psicológicas” (Prati et al., 2009, p. 404).

Nessa lógica, numa pesquisa realizada entre 2017 e 2018 sobre as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas de famílias acompanhadas no IPREDE, o pesquisador João Vicente Menescal conclui que, através da análise dos 357 questionários aplicados às mulheres que frequentam a instituição e que possuem filhos de zero a cinco anos e onze meses, obteve-se que somente 15,7% das mães estão empregadas, com isso, 84,3% estão desempregadas. Em 45,5% das famílias, o responsável financeiro é o marido/companheiro, 23%, a mãe da criança, 11,8%, ambos e 19,7%, outros (avós, tios e parentes). No que se refere às classes sociais<sup>1</sup>, as famílias são pertencentes às classes B2 (1,4%), C1 (2,2%), C2 (15,7%) e D/E (80,7%), sendo 44,3% caracterizadas por uma situação de pobreza extrema (renda mensal por pessoa de até R\$42,00), 17,6% pobreza (entre R\$43,00 e R\$124,00), 26,1% vulnerável (entre R\$125,00 e R\$227,00), baixa classe média 8,4% (entre R\$228,00 e R\$364,00) e 3,6% com renda per capita acima de R\$365,002. Em relação às questões de alimentação, 25,8% das famílias vivenciam uma insegurança alimentar grave, 27,5%, média, 26,1%, leve, e apenas 20,7% possuem segurança alimentar. Os autores afirmam que 78% das entrevistadas residem nas secretarias regionais V e VI da Prefeitura de Fortaleza, áreas que concentram o maior número de pessoas por bairros e menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), e 99%

---

<sup>1</sup> Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a classe social pode ser definida a partir da soma de valores de todos os moradores que obtêm algum tipo de renda. De acordo com o IBGE, existem cinco tipos de classes sociais no Brasil: classe A – ganha + de R\$ 26.400; classe B – pode variar entre R\$ 13.200 e R\$ 26.400; classe C – entre R\$ 5.280 e R\$ 13.200; classe D – entre R\$ 2.640 e R\$ 5.280; e classe E – de até R\$ 2.640.

delas estão inscritas recebendo o benefício do Programa Bolsa Família (Menescal et al., 2018).

Portanto, podemos concluir que a maioria das famílias que frequentam o IPREDE são famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social e econômica. Logo, estende-se essa mesma lógica às famílias atendidas no CONECTA, pois, em sua grande maioria, são públicos que são encaminhados dos postos de saúde das mesmas regionais, e alguns casos são encaminhados da Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento (PDC), setor de pediatria do IPREDE que atende bebês e crianças com sinais de risco psíquico e/ou atrasos no desenvolvimento. No momento em que o PDC identifica sinais de risco para autismo, encaminham imediatamente para triagem no CONECTA.

Com base nesse contexto social e econômico no qual as famílias se encontram, utilizaremos o conceito de trauma social para pensarmos sobre as vicissitudes deste no desenvolvimento emocional do bebê e na relação deste com o ambiente.

A noção de trauma apresentada neste capítulo se relaciona à teoria winnicottiana sobre o desenvolvimento emocional do bebê a partir das relações iniciais em seu ambiente e os três tempos de dependência.

Tratamos das três modalidades de relação com a dependência, sendo elas a dependência absoluta, a dependência relativa e o rumo à independência. Para tanto, vimos que só é possível se o bebê encontrar alguém capaz de realizar a função maternante através de algumas funções propostas por Winnicott, como handling, holding e apresentação de objetos.

Para Winnicott (1963/1983), não existe bebê sem que o ambiente seja considerado, principalmente porque o bebê necessita de alguém que o sustente, fase que o autor considera como dependência absoluta, garantindo, assim, que o bebê se integre como indivíduo.

Com base nessa hipótese, Winnicott (1965/1994a) compreende o conceito de trauma a partir de um rompimento na fase de dependência, ou seja, um rompimento na relação de confiabilidade entre o bebê e o ambiente. Ainda sobre o trauma, o autor afirma:

Um trauma é aquilo contra o que um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma (Winnicott, 1969/1994b, p. 259).

Na fase inicial, na qual o bebê depende exclusivamente da mãe e em que a mãe desenvolve a preocupação materna primária, esta deve se adaptar suficientemente às

necessidades do bebê. Para que a mãe consiga desempenhar essa função, ela necessita também de apoio e se sentir segura em seu meio:

A mãe é capaz de desempenhar esse papel se se sentir segura; se sentir amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família; e ao sentir-se aceita nos círculos cada vez mais amplos que circundam a família e constituem a sociedade (Winnicott, 1957/1999, p. 3).

No contexto social dessas mães atendidas na instituição, a partir de suas narrativas, deparamo-nos com situações de quebra constante de vínculo e confiança, marcadas pela violência e pelo desamparo provenientes da vulnerabilidade social e econômica. É de extrema relevância levarmos em conta a incidência dessas questões trazidas, tendo como principal preocupação delas a sobrevivência.

Outro aspecto são as feridas relativas à dignidade dessas mulheres e de seus familiares. Muitas famílias precisam se submeter a trabalhos temporários para os quais, na maioria das vezes, não se paga valor justo. Outras feridas estão relacionadas às situações adversas na infância dessas mães, que cresceram sem expectativas para o futuro, muitas vezes tendo que abandonar a escola para contribuir com o sustento da família, sem oportunidade de se alfabetizarem ou mesmo de terem uma profissão. Muitas delas crescem em lares conturbados, marcados por violência, abusos físicos e psicológicos e/ou uso abusivo de álcool e drogas. Por conta desses contextos, a maioria dessas mães se veem obrigadas a saírem de casa cedo, casando precocemente e tendo filhos não planejados.

Nesse contexto, Dauer e Martins (2015), ao acompanharem casos de crianças de zero a três anos que apresentavam impasses na oralidade desde o desmame até a aquisição da linguagem, depararam-se com mães que descobriram a gravidez de forma tardia, quando estas já estavam bem desenvolvidas. Também traziam sofrimento em suas falas relacionadas a diversas situações envolvendo violência física e psicológica, abuso e abandono dos pais das crianças pelos mais variados motivos, alguns tinham sido presos, outros, já mortos de forma violenta, e alguns não sabiam quem eram os pais.

Como essas mães podem proteger seus filhos e provisioná-los se seu cotidiano é marcado por imprevisibilidades e dificuldades de acesso àquilo que é considerado básico para a sobrevivência humana? Retomando a questão do trauma a partir de Winnicott e relacionando às dificuldades vivenciadas por essas famílias atendidas na instituição, podemos compreender o trauma a partir dessa relação inicial do bebê com o ambiente. Conforme Winnicott (1988, p. 74), em texto “Os bebês e suas mães”, “Devido ao fato de os bebês serem criaturas cuja

dependência é extrema no início de suas vidas, eles são necessariamente afetados por tudo o que acontece. ... No extremo da falha ambiental, há uma sensação de imprevisibilidade”.

Quando o ambiente falha nessa fase mais primitiva, na qual o bebê ainda não está integrado, o ambiente não reconhece mais as necessidades do bebê, ocorrendo uma quebra na área da confiança. Esse não reconhecimento deixa o ambiente imprevisível, tornando o bebê vulnerável e interrompendo sua continuidade do ser (Winnicott, 1965/1994a); por consequência, “Enquanto o bebê está reagindo, o bebê não está sendo” (Winnicott, 1957/1999, p. 267).

Também nos deparamos, no contexto dessas famílias, com um quadro de extrema exposição à violência urbana, no qual muitas delas vivem assustadas, sem conseguir circular de um bairro para o outro, impedidas de levarem suas crianças à escola ou até mesmo de frequentarem postos de saúde. Em alguns casos, elas relatam o envolvimento de familiares em facções, resultando no abandono do próprio lar ou tendo que se esconder em suas próprias casas, podendo sair de casa somente em horários restritos. Muitas se sentem vigiadas e temem que algo aconteça com sua família.

Em relação à fase de adaptação relativa, o trauma diz respeito a uma fase na qual o ambiente, uma vez estando suficientemente adaptado às necessidades do bebê, precisará falhar de acordo com a capacidade do bebê de superar essas falhas, o qual Winnicott (1975) chamará de fracasso adaptativo. Se nessa fase a mãe não apresentar esse fracasso de forma gradual, também será de ordem traumática para o bebê, no qual:

A adaptação vai diminuindo de acordo com a crescente necessidade que o bebê tem de experimentar reações à frustração. A mãe saudável pode retardar sua função de não conseguir se adaptar até que o bebê tenha se tornado capaz de reagir com raiva, em vez de ficar traumatizado pelas incapacidades da mãe. Trauma significa quebra de continuidade na existência de um indivíduo. É somente sobre uma continuidade no existir que o sentido do self, de se sentir real, de ser, pode finalmente vir a se estabelecer como uma característica da personalidade do indivíduo (Winnicott 1999, p. 4).

Na fase de dependência relativa, se o bebê tiver um ambiente previsível em que ele tenha adquirido a capacidade de confiar no ambiente e esse ambiente vir a falhar de forma repentina, pode ocasionar um trauma relacionado à confiabilidade. Se o bebê já estiver integrado, ou seja, se ele já estiver noção de si e do ambiente como separados, ele conseguirá reagir, sem ser aniquilado. Mas, se a criança não tiver como se defender, ela desenvolverá uma

tendência antissocial, passando a cobrar do mundo aquilo que lhe foi tirado (Winnicott, 1965/1994a).

Essas vivências traumáticas e ameaçadoras dificultam que o ambiente proteja seu bebê da imprevisibilidade caótica e, ao mesmo tempo, impedem que o fracasso se instaure gradativamente a partir do ritmo do bebê. As falhas nesses contextos podem ser apresentadas de formas abruptas e disruptivas.

Assim, consideramos essencial o atendimento em conjunto com as mães e seus bebês, pois se estabelece um espaço de escuta, propiciado com o intuito de compreendermos sua história de vida, sua relação com sua família, considerando-se os aspectos inconscientes que atravessam essa relação, e as situações traumáticas que se repetem e se atualizam na relação atual com a criança.

Nesse sentido, precisamos colocar em jogo algo que é da ordem da transmissão e da sua relação com o trauma; ou, em outras palavras, pensar a noção de “transmissão psíquica” é colocar em destaque o fato de o sujeito ser antecedido por outras gerações e colocar em destaque as relações intergeracionais. A partir dessa perspectiva, ganha relevo o que é transmitido pelos cuidadores, especialmente no momento inicial de constituição psíquica (Martins & Kupermann, 2017). Infelizmente, essa perspectiva não poderá ser desenvolvida no âmbito deste trabalho.

Prati et al. (2009) ressaltam, em seus estudos, que a pobreza pode ser um fator de risco se os indivíduos não tiverem acesso a outros fatores considerados de proteção para sobrevivência. A pobreza, por si só, não é considerada um fator de vulnerabilidade, mas sim a falta de rede de apoio e de recursos necessários para os indivíduos conseguirem lidar com as adversidades da vida.

Para darmos seguimento ao objetivo deste capítulo, seguiremos com a proposta de discutirmos a teoria do trauma e sua associação com os contextos sociais marcados pela fome e pelos desamparos social e discursivo vivenciados pelas famílias. Para tanto, seguiremos com a noção de trauma a partir de seu recorte das obras de Freud e Ferenczi a fim de situarmos as diferenças conceituais destes e de Winnicott, considerando que, mesmo com as diferenças, essas noções se complementam.

Em 1920, Freud retoma princípios que foram apresentados inicialmente em sua obra e propõe que o trauma seja pensado como um estado de terror no qual o aparelho psíquico não estaria preparado para se defender de experiências inesperadas, especialmente daquelas relacionadas às neuroses atuais, e de magnitude excessiva à capacidade do aparelho psíquico



para metabolizá-las. Surge, assim, o conceito de neuroses traumáticas, relacionadas a experiências sem a possibilidade de nomeação, portanto capazes de desencadear manifestações patológicas. Nas suas palavras: “As excitações externas que são fortes o suficiente para romper a proteção, nós a denominamos traumáticas” (Freud, 1920/1996, p. 192).

Sandor Ferenczi (1924) propôs a diferença entre os traumas constitutivos, que são oriundos da formação do aparelho psíquico e da origem das neuroses, e os traumas que provocam um aniquilamento na própria existência psíquica do sujeito, relacionados ao desmentido e ao não reconhecimento do sofrimento e da dor.

Em seu texto *Confusão de língua entre os adultos e a criança*, Ferenczi (1933/1992b) propõe o paradigma da experiência de sedução de um adulto para com a criança em seu primeiro tempo:

Um adulto e uma criança amam-se; a criança tem fantasias lúdicas, como desempenhar um papel maternal em relação ao adulto. O jogo pode assumir uma forma erótica, mas conserva-se, porém, sempre no nível da ternura. Não é o que se passa com os adultos se tiverem tendências psicopatológicas. Confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual, e deixam-se arrastar para a prática de atos sexuais sem pensar nas consequências (Ferenczi, 1933/1992, pp.101102).

Nesse primeiro tempo, no qual o aparelho psíquico não estava preparado para a cena traumática, a criança experiencia um impacto abrupto, inesperado e sem defesas possíveis. Encontra-se paralisada e não consegue elaborar o ocorrido, ao menos que ela encontre alguém de confiança o qual possa testemunhar a seu favor sobre o ocorrido. É nessa busca de validação que o segundo momento do trauma vem ocorrer: o desmentido. Para o autor, o desmentido seria a fonte do trauma (Ferenczi, 1931/1992d).

O desmentido está diretamente relacionado ao trauma patogênico, ou seja, a forma como o adulto irá reagir em relação a narrativa da criança, se irá ou não validar ou até mesmo se irá punir a criança ao invés de acolhê-la, diz Ferenczi (1931/1992d, p. 79) “O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática dos pensamentos ou dos movimentos”.

Nas narrativas trazidas pelas mães atendidas no CONECTA, deparamo-nos com narrativas de sofrimentos relacionados a sua infância, traumas associados a situações de

desamparo e invalidação de seu sofrimento desde cedo. Percebemos, nas falas dessas mães, a impossibilidade de se emocionar ao contar sua história e a impossibilidade do reconhecimento de suas lutas diárias. Porém, nas cenas de sofrimento trazidas pelas mães, percebemos que não se obtém um reconhecimento social de sofrimento, mas sim histórias rodeadas de preconceitos e julgamentos. Na maioria das vezes, elas não têm lugar de fala, mesmo em sua comunidade ou em outros espaços que frequentam, talvez por isso, são mulheres que carregam o receio de não serem compreendidas, acolhidas, e que de algum modo precisam se defender com frieza e apatia.

Sobre isso, Martins et al. (2011) articulam as experiências vivenciadas pelas mães no IPREDE e a teoria psicossociológica de Axel Honneth, articulando a teoria winnicottiana sobre o reconhecimento social na constituição da confiança e do reconhecimento de si. Nessa retomada, Martins et al. (2011), em seu projeto de pós-doutorado, acrescenta os resultados da pesquisa inaugurada a partir do artigo do projeto Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver. A partir do interesse voltado para as situações de trauma social vivenciados pelas famílias junto aos casos de desnutrição infantil, bem como das ligações entre a fome, a violência, o silêncio e o desejo de viver, suscitou-se a possibilidade de articulação com Winnicott e Honneth. Ambos os autores partiram da dimensão intersubjetiva da relação mãe-bebê para apontar a importância do reconhecimento para o nascimento de um novo indivíduo por meio de um cuidado atento e afetuoso (Martins et al., 2018a).

Outra angústia que habita a cena dessas mães atendidas no setor de estimulação precoce é um sentimento de angústia de separação, principalmente por conta da possibilidade de um diagnóstico. Essa angústia não permite que as mães possam dar espaço para que a criança elabore uma demanda, fazendo-se presente todo tempo e antecipando qualquer tentativa da criança de demandar algo. Também observamos uma superproteção em relação à criança, porém, a partir dos relatos delas, podemos identificar, em suas histórias de vida, marcas de abandono, violência e fome e uma tentativa inconsciente de proteger a criança de suas próprias vivências traumáticas.

Nos casos de crianças abandonadas por pais drogadictos, às vezes em situação de rua, os parentes que se responsabilizam pelo cuidado do bebê são tomados pelo sentimento de angústia e piedade em relação à criança, tendo dificuldades na adaptação em relação às necessidades do bebê e ou na separação e dificuldades em estabelecer a função paterna.

### *Estudos Iniciais sobre as Depressões Precoces*

“A representação intrapsíquica do vínculo é provavelmente muito precoce, pois é possível aquém do objeto, antes mesmo do objeto ser claramente representado” (Golse, 2022, p. 113)

Inicialmente, retomaremos os pressupostos winnicottianos sobre as relações iniciais entre a mãe e seu bebê, estendendo a discussão a autores contemporâneos que teorizam sobre os primórdios da vida psíquica.

De acordo com Winnicott (1963/1983a), para compreendermos como se dá o desenvolvimento emocional humano, teríamos que partir das relações iniciais entre a mãe e seu bebê. O autor propôs que o desenvolvimento emocional humano deveria ser pensado a partir de três modalidades de relação com a dependência, são elas: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Abordaremos cada uma dessas formas, para compreendermos a importância de cada uma dentro do desenvolvimento emocional do indivíduo, segundo o autor.

Na fase de dependência absoluta, o bebê depende quase que exclusivamente do agente da função materna, sendo essa figura a responsável por suprir suas necessidades físicas e emocionais. O autor salienta que, nesse período, o mais importante será a “provisão do ambiente”. Para que isso aconteça, é importante enfatizar que Winnicott deu especial importância à mãe no desenvolvimento emocional do bebê, principalmente nesses primeiros meses de vida, mas também não deixou de ressaltar a importância da presença do pai e de um ambiente social saudável e provedor:

Acontece que este adaptar-se aos processos de maturação da criança é algo extremamente complexo, que traz tremendas exigências dos pais, sendo que inicialmente a mãe sozinha é um ambiente favorável. Ela necessita de apoio por esta época, que é melhor dada pelo pai da criança (digamos seu esposo), por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Isso é terrivelmente óbvio, mas apesar disso precisa ser dito (Winnicott, 1983a, p. 81).

Diante disso, a partir do conceito de “dependência absoluta” iremos resgatar outros conceitos primordiais para que o bebê, futuramente, possa alcançar a dependência relativa e depois ir rumo à independência.

Ainda de acordo com Winnicott (1957/1999), na gravidez, a mãe desenvolve o que o autor chamou de “preocupação materna primária”, processo a partir do qual concentra todos seus pensamentos e sentimentos em torno da gravidez e, posteriormente, no bebê. Desse modo, a mãe estará sensível às necessidades da criança e terá a capacidade de identificar essas necessidades, ainda que o bebê não possa comunicá-las. Esse papel é essencial nesses estágios iniciais, pois ela desvia para o bebê o interesse que há no seu próprio self, conferindo a si uma capacidade especial de se identificar com seu bebê.

Retomando os pressupostos de Winnicott (1949) sobre as condições cruciais para o desenvolvimento emocional do bebê e de sua mãe, retomaremos aqui o conceito de “mãe suficientemente boa”, o qual atribui a “provisão natural” e um “alto grau de adaptação” da mãe para seu bebê inicialmente. Mas isso não significa dizer que a mãe não possa frustrar o seu bebê. Como dito anteriormente, ela precisa “falhar”, aos poucos, para que o bebê possa ir rumo à independência de forma gradativa. Assim, a “mãe suficientemente boa” terá que desempenhar três funções importantes para o desenvolvimento emocional do bebê: holding, handling e apresentação de objetos.

Winnicott (1945) descreve o holding como uma “sustentação física e psicológica”, através da qual a mãe será capaz de proteger o seu bebê das adversidades do ambiente e de se adaptar completamente às suas necessidades, principalmente nos períodos iniciais, nos quais o bebê se encontra em estado de total dependência. A mãe também irá assegurar o bebê das sensações de ansiedade e despedaçamento. Ainda de acordo com o autor, um holding deficiente faz que haja um desajuste entre a mãe e seu bebê, dificultando seu processo de integralização.

Já no handling, que significa manejo/manipulação, espera-se que os processos de cuidado com o bebê sejam feitos de forma contínua, dando a ele uma sensação de proteção e unidade, para que possa se integrar a seu corpo e a todo seu funcionamento corporal relativo ao desenvolvimento do tônus e da coordenação motora. Presenciamos esses gestos relacionados ao handling nos cuidados diários com o bebê, como no banho, nas trocas de fraldas e nas mamadas (Winnicott, 1988).

Tudo isso é muito sutil, mas ao longo de muitas repetições, ajuda a assentar os fundamentos da capacidade de que o bebê tem de se sentir real. Com essa capacidade o bebê pode enfrentar o mundo ou pode continuar a desenvolver os processos de maturação que ele ou ela herdaram (Winnicott, 1988, p. 5).

Posto isso, ao retomarmos a teoria winnicottiana sobre as relações iniciais do bebê, também achamos necessário citarmos, mesmo que de forma sucinta, alguns autores da mesma época de Winnicott, para só então avançarmos no conceito de “apresentação de objetos” e enfim adentrarmos na teorização sobre o fenômeno da depressão do bebê a partir de Bernard Golse.

Em seguimento à nossa proposta, retomaremos algumas teorias pioneiras fundamentais sobre as observações de depressões precoces em bebês em estados de carências afetivas. A partir destas, daremos seguimento às considerações contemporâneas do psicanalista Bernard Golse sobre a depressão do bebê.

Iniciaremos com um dos autores que deram início aos estudos no campo das relações entre o bebê e sua mãe, no qual, investigou as separações abruptas e precoces e suas possíveis consequências para o desenvolvimento físico e emocional.

René Spitz (1887-1974) foi um pediatra e psicanalista que inovou o campo dos estudos sobre bebês a partir de vídeos de interações entre bebês e adultos. Ele realizou uma investigação com 123 bebês em situação de abandono no contexto pós-guerra, em um período de doze a dezoito meses. Em 1946, o autor investigou bebês que tiveram a presença da mãe nos primeiros seis meses de vida e que apresentavam, inicialmente, um bom desenvolvimento. Porém, com a separação de suas famílias por motivo de morte ou abandono, já que estamos falando de um período pós-guerra, os bebês logo ficavam chorosos, irritados, e posteriormente apresentavam comportamento de retraimento (estado de pouco ou nenhum interesse pelo ambiente, com baixa interação). Quando os adultos insistiam, os bebês apresentavam gritos e desorganização e, ao longo de três meses, tornavam-se ainda mais distantes dos adultos.

Cabe ressaltar que o autor se dedicou a pesquisar os efeitos emocionais das separações precoces para o desenvolvimento do bebê que o levaram a comprovar a capacidade do bebê de se deprimir precocemente. A partir dessas observações empíricas, elaborou dois conceitos fundamentais em sua teoria: a depressão anaclítica e o estado de hospitalismo (Spitz, 2004).

Sobre a depressão anaclítica, o autor observa que, se, após a separação, a mãe retornasse para o bebê em um período entre dois e três meses, o bebê conseguiria se recuperar, mesmo ficando marcas psíquicas desse abandono. Contudo, se a separação ultrapassasse o período de cinco meses, o bebê entrava em um estado que Spitz conceituou como hospitalismo (Spitz, 2004).

Ainda de acordo com o autor, o hospitalismo seria esse estado de abandono físico total no primeiro ano de vida, fato que o autor constatou em sua pesquisa empírica em um abrigo

chamado Casa da Criança Abandonada<sup>2</sup>. Nessa instituição, com noventa e um bebês em estado de abandono, os bebês tinham contato com suas mães nos primeiros três meses de vida, e eram amamentados por elas ou por outras mães que tivessem condições de amamentar. Depois dos três meses, esses bebês eram separados de suas mães e continuavam no abrigo, recebendo todos os cuidados físicos necessários: alimentação, higiene, cuidados médicos e profissionais (Spitz, 2004).

De acordo com as observações do autor, logo após a separação, os bebês apresentavam sintomas que ele denominou de depressão anaclítica, por conta da privação afetiva, já que nesse abrigo só havia uma enfermeira para cuidar de oito a doze bebês em média.

Ainda conforme as observações de Spitz, antes da separação dos bebês e de suas mães, eles apresentavam marcos de desenvolvimento adequados para sua idade, porém, após a separação, o autor constatou atrasos em várias áreas do desenvolvimento, inclusive motor, identificando atrasos significativos na coordenação motora, no sentar e no andar (Spitz, 2004).

Outro fator que chamou bastante atenção foi a taxa de mortalidade dos bebês desse abrigo, em comparação, por exemplo, com o de outra instituição chamada Creche, que também foi campo prático para as observações de Spitz (2004).

O objetivo da Creche era receber mães que tinham sido presas por transgredir a lei, em sua maioria, menores de idade. Além das questões com a lei, algumas mães também apresentavam algum transtorno psiquiátrico ou uso abusivo de drogas. Diferente da Casa da Criança Abandonada, na Creche, os bebês eram cuidados por suas próprias mães ou por uma substituta que já tivesse algum vínculo com o bebê (Spitz, 2004).

Segundo Spitz (2004), a partir dessas duas pesquisas, Spitz pode concluir que a ausência da mãe real nesse primeiro ano de vida poderia ser mortal para o bebê. Como dito, esse estado de deterioração foi denominado de hospitalismo.

A partir dessas observações, Spitz (2004, p. 284) conclui que:

Os cuidados da mãe proporcionam ao bebê a oportunidade para ações afetivamente significativas no quadro das relações objetais. A ausência da mãe equivale à carência emocional. Vimos que isso leva à deterioração progressiva, envolvendo toda a criança. Tal deterioração manifesta-se primeiramente por uma interrupção do desenvolvimento psicológico da criança; iniciam-se, então, disfunções psicológicas paralelas a mudanças somáticas. No estágio seguinte, isso acarreta uma predisposição crescente à

---

<sup>2</sup> A pesquisa de René Spitz (2004) se deu no contexto pós-Segunda Guerra Mundial, que durou seis anos (1939-1945). Por causa desse contexto, muitos bebês e crianças foram separados de suas famílias e mandados para vários abrigos, seja por motivo de morte dos pais, seja por falta de condições financeiras e/ou psíquicas.

infecção e, finalmente, quando a privação emocional continua no segundo ano de vida, leva a uma taxa extremamente alta de mortalidade.

As observações foram levantadas por Spitz sobre os bebês em estados de carências afetivas e tomados por separações abruptas e precoces à luz da teoria winnicottiana, a qual valoriza a previsibilidade e a continuidade do ambiente com condições fundamentais para o desenvolvimento emocional saudável do bebê.

Dando continuidade às primeiras teorias que se dedicaram aos estudos sobre os estágios primitivos do desenvolvimento humano, destaca-se Melanie Klein (1882-1960), que direcionou seu trabalho à análise dos pequenos sujeitos. Diferente do que Freud propôs, Klein pensou a teoria do complexo de Édipo ainda no primeiro ano de vida da criança, por meio das frustrações e do próprio desmame. A autora formulou o conceito de “posição”, elaborado com intuito de pensar os estágios do desenvolvimento como um sistema integrado.

Para isso, Melanie Klein (1940/1996) destaca duas posições importantes para se pensar o nascimento psíquico do bebê: a posição esquizo-paranóide e a posição depressiva. A posição esquizo-paranóide vai do nascimento até os seis meses de vida e apresenta as seguintes características: o desenvolvimento do eu é determinado pelos processos de introjeção e projeção; a primeira relação objetal do bebê dá-se com o seio amado ou odiado – seio bom ou seio mau; os impulsos destrutivos e a angústia persecutória encontram-se no apogeu, assim como os processos de divisão, onipotência, idealização e controle dos objetos internos e externos, dominantes nesses estágios.

A posição depressiva inicia-se no segundo trimestre do primeiro ano. Nesse momento, ocorrem certas mudanças na vida psíquica do bebê que demonstram o gradativo desenvolvimento do eu. A relação do bebê com o mundo externo (pessoas e coisas) torna-se mais diferenciada, aumenta sua capacidade de expressar emoções e de se comunicar com as pessoas, e suas gratificações e interesses assumem um âmbito mais extenso (Klein, 1948/1996).

Nessa perspectiva, Winnicott, ao dar desdobramento ao conceito de posição depressiva de Melanie Klein, propõe, em seu texto *Posição depressiva no desenvolvimento emocional normal* (1948/2006), evidenciou que, apesar do caráter diferencial marcado pela palavra “depressiva”, a posição depressiva deve ser considerada um estágio normal que precisaria ser alcançado pelo bebê no seu processo de desenvolvimento. Winnicott (1957/1999) evidencia a importância de separarmos o fenômeno estudado por Spitz com bebês deprimidos em estado de hospitalismo da “posição depressiva no desenvolvimento normal”.

Ainda nesse seu texto, Winnicott elucidou algumas questões sobre a conquista da posição depressiva no desenvolvimento de bebês considerados saudáveis. Para o autor, esse estágio aconteceria entre os seis e doze meses do bebê, no qual ele passaria de um “estágio não piedoso para um estado piedoso” de fato, adquirindo a capacidade de “perceber a dor e/ou o desprazer alheio” (Winnicott, 1950/1955, p. 357). É importante citarmos que essa conquista só aconteceria num ambiente contínuo, considerado sensível às necessidades do bebê.

Nessa perspectiva de falhas ambientais e traumas precoces, Loparic (2006) afirma que o ponto central das falhas ambientais para Winnicott seriam as falhas imprevisíveis que desorganizam a mãe e o bebê. Desse modo, na desorganização da mãe como agente da função materna e na desestruturação do ambiente, o bebê estaria vulnerável a sentimentos de aniquilamento, interrompendo, assim, a continuidade de sua existência.

Bernard Golse (2022), em seu livro intitulado *Do sentimento de ser ao sentimento de existir no bebê*, retoma algumas reflexões que Winnicott fez ao final de sua vida. Golse aprofunda, através da teoria e de casos clínicos, a diferença entre o “sentimento de ser” e o “sentimento de existir”, os quais citaremos de forma sucinta. O autor apresenta o “sentimento de ser” como anterior ao estabelecimento da relação com outro, “para me sentir ser, eu não preciso de ninguém”. Em relação ao “sentimento de existir”, o autor se refere ao prefixo “ex” da palavra “existir”, que leva à noção de exterior/meio. Assim, para o bebê se “sentir existir”, ele precisa do olhar do outro, precisa se ver no olhar, no pensamento e no gesto do outro. A partir da colocação de Golse (2022), podemos analisar os fenômenos observados por Spitz com bebês acometidos por privação afetiva e pela interrupção de sua continuidade de ser. Como um bebê tomado por estados de privação afetiva, sem um ambiente mantenedor, conseguiria experienciar o sentimento de existir?

Winnicott (1975 p. 175), em seu texto sobre “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, afirma que “o precursor do espelho é o rosto da mãe”, tanto em termos do desenvolvimento normal, quanto em termos psicopatológicos.

A partir dessa hipótese winnicottiana, Golse (2022) propõe um circuito do olhar, o bebê que olha para a mãe, que olha para ele, olhando-se no olhar da mãe e se pensando no pensamento dela, como dito anteriormente. Porém, de acordo com o autor, todas essas sensações levam tempo para o bebê interiorizar, para que um dia ele possa se olhar de dentro e se pensar de dentro. Essa passagem do sentimento de ser ao sentimento de existir, que precisa ser feita de forma tranquila, sensível e contínua, também foi conceituada pelo autor como “emergência de objeto”.



Winnicott (1960, p. 53) afirma que

Com o cuidado que ele recebe do ambiente, cada lactente é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começar a construir o que pode ser chamado de continuidade do ser. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidador materno não é suficientemente bom, então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há continuidade do ser; ao invés disso, a personalidade começa a se construir baseadas em reações e irritações do meio.

Em vista disso, achamos importante incorporar na análise o conceito de “apresentação de objetos”, pensado inicialmente por Winnicott e, posteriormente, retomado por Golse e outros autores, para se articular as depressões do bebê.

O bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina e uma necessidade não formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe apresenta. Deste modo o bebê começa a ser sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona o bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência (Winnicott, 1983a, p. 60).

Posto isto, ao retomar as três funções defendidas por Winnicott como essenciais para o desenvolvimento emocional do bebê, considera-se fundamental para nossa reflexão pensar como se dá a terceira função exercida pelo agente da função materna, a “apresentação de objetos”. Em outros termos, o agente da função materna apresenta o mundo para o bebê, oferecendo substitutos de satisfação os quais o bebê alucina terem sido criados por ele próprio. Esse processo de alucinação é importante para o bebê, pois lhe permite sentimentos de onipotência e, mais tarde, o estabelecimento das relações objetais. Desse modo, cabe ressaltar que a busca de objetos de satisfação, para além da mãe, também é importante para que o bebê avance da fase de dependência absoluta para à dependência relativa.

Com base nos três elementos que constituem a função materna desenvolvida por Winnicott (handling, holding e apresentação de objetos) anteriormente apresentados, adentrarmos na compreensão do retraimento relacional, retomado por Bernard Golse como a depressão do bebê.

Bernard Golse (2004) convoca a pensarmos, dentro de nossa vivência clínica, como poderíamos formular a depressão em bebês em pleno processo de subjetivação, no qual os objetos ainda não foram internalizados, ou seja, momento em que o bebê ainda não difere o “eu” do “não eu”.

Ademais, em termos “freudianos”, a depressão implicaria a vivência de um luto e a perda de objeto, o que o levou Golse (2007) a concluir que o termo “depressão” nos bebês estaria mais associado à própria etimologia da palavra *depression* como uma redução da tensão pulsional, dificultando o estabelecimento do laço do bebê com o outro.

Para Golse (2007), o bebê, em suas relações iniciais, poderia ter passado por sensações de estresse e desamparo ao se deparar com a ausência de um agente da função materna capaz de gerir suas tensões pulsionais e inseri-lo no campo do desejo. Esse é um ponto essencial na teoria de Bernard Golse, pois daqui partiriam as intervenções que englobam o laço.

Em vista disso, Golse (2002) ressalta a importância do método freudiano para analisarmos as psicodinâmicas da relação mãe-bebê, principalmente no que concerne à clínica dos impasses nos processos de subjetivação.

Nesse sentido, é importante ressaltarmos que os contextos nos quais as mães estejam deprimidas não configuram como resposta uma possível depressão do bebê, estabelecendo uma lógica causa-efeito, afirmando o autor: “nem todas depressões do bebê se devem às depressões maternas... e nem todas as depressões maternas dão origem às depressões do bebê” (Golse, 2002, p. 174). Logo, o autor justifica o título do seu texto, *Depressão do bebê, depressão da mãe*, conceito de psiquiatria perinatal, da seguinte forma:

Por isso faço muita questão do título: depressão do bebê, depressão da mãe e não do inverso, porque também, aqui as coisas funcionam em termos de reciprocidade. Se a mãe pode - em certas condições - deprimir seu bebê, este também pode deprimir sua mãe, movimento dialético que funda e justifica o conceito de psiquiatria perinatal (Golse, 2002, p. 176).

A partir dessa ideia e de outros autores que se propuseram a compreender os estados precoces de privações afetivas, Golse (2007) formula três perspectivas para se pensar a depressão do bebê, partindo de experiências associadas a uma privação dos cuidados maternos ou de uma ruptura no encontro com o agente da função materna.

A primeira experiência é nomeada por “carência quantitativa” baseada nos trabalhos de Bowlby (1951) e Spitz (2004). Estas estariam associadas às ausências físicas de um cuidador, como visto anteriormente nos casos de hospitalismo e nos casos de abandono por morte ou doença.

A segunda experiência, nomeada de “carência qualitativa”, estaria associada não mais a uma ausência física, como na quantitativa, mas sim a uma ausência psíquica de um cuidador

impossibilitado de se vincular com o bebê, sintetizada por Golse (2007, p. 183) pela imagem de “uma mãe disponível fisicamente, mas o coração não”.

A partir dessa segunda perspectiva de carência qualitativa, o autor desenvolve alguns desdobramentos essenciais para se compreender a dificuldade no estabelecimento do laço: o primeiro se baseia no conceito de “mãe morta” proposto pelo psicanalista André Green (1983).

O complexo da mãe morta, descrito por Green (1983), formula que, pelo estado de depressão da mãe, ela não conseguiria investir psiquicamente no bebê, mesmo atribuindo-lhe os cuidados físicos necessários. Em resposta, o bebê se perderia ao olhar para a mãe, não se reconhecendo em seu olhar, caindo numa espécie de buraco psíquico e evitando, assim, qualquer interação. Golse (2007), baseado na hipótese de Green (1983), indica que a identificação do bebê com a depressão de sua mãe também pode ter por finalidade a preservação do vínculo.

Sobre esse estado de preservação do vínculo, Stern (1997 citado por Schwengber & Piccinini, 2003) enfatiza que o bebê pode reagir à depressão tentando reanimar a mãe. Diante dessa situação, o bebê busca trazer a mãe de volta à vida, tentando fazer que ela mantenha o contato com ele. Caso fracasse nessa tentativa, o bebê pode vir a tornar-se deprimido também.

Golse (2007) aborda a sintomatologia da depressão do bebê, identificando o quadro da seguinte forma:

A atonia psíquica; a lentificação psicomotora; a retirada interativa; As perturbações psicossomáticas sobre as quais é importante, graças à vivência contratransferencial do observador, especificar se tem o valor do apelo (como se a criança quisesse -tratar- a mãe, ajudando-a sair da depressão), ou se, pelo contrário, já tem um significado de esgotamento, de abandono e de desorganização psicossomática profunda. O seu valor não é evidentemente o mesmo, se prevaleceram as forças de vida ou as pulsões destrutivas. A criança deprimida depressa surge para a mãe como perseguidora, o que serve para ilustrar a noção interativa bem conhecida de que um bebê deprimido também é um bebê deprimente (Golse, 2007, p. 183).

A partir desses dois conceitos – carência qualitativa e carência quantitativa –, citaremos a experiência associada a uma descontinuidade interativa. Golse (2007) estabelece a união das experiências qualitativas e quantitativas relacionadas ao encontro com mães desorganizadas ou que sofrem alguma psicopatologia que as impediria de oferecer os cuidados físicos e psíquicos

necessários para o bebê. Acrescentamos os casos de mães maltratadas que também não experienciaram os cuidados físicos e psíquicos necessários em sua infância e na vida adulta.

Golse (2007) se pergunta a partir de quando o bebê já consegue se deprimir em nome próprio. Segundo este, se o bebê já consegue se deprimir em nome próprio, isso significa que já ocorreu o acesso à intersubjetividade.

Dessa maneira, para conseguirmos avançarmos nessa questão, precisamos antes adentrarmos no conceito de intersubjetividade a partir de Victor Guerra (2022), autor utilizado por Golse (2007).

Victor Guerra foi um psicanalista uruguaio que se inspirou na obra de Donald Winnicott para estudar sobre a vida psíquica do bebê, retomando questões relacionadas às primeiras interações do bebê com o mundo e concordando com outros autores psicanalistas que se propuseram a pensar sobre as capacidades precoces do bebê de sentir e de se utilizar de suas defesas arcaicas.

A partir de Guerra (2022), nas obras de Melanie Klein (1882-1960) e Esther Bick (1902-1983), o bebê era visto como capaz de experimentar sensações de angústia e se utilizar de suas defesas arcaicas. A partir de 1940, no Middle Group de Londres, iniciaram-se os primeiros estudos sobre a influência do ambiente para o bebê e de sua participação, afirmando as teorias citadas.

Em complemento, Golse (2007) aponta as mudanças em relação à visão que se tinha sobre o bebê, sobretudo, a partir do estudo experimental de René Spitz. Nesse cenário, segundo o autor, pode-se inaugurar um campo importante de estudo das observações da relação do bebê com as perdas.

Enfim, para se pensar no conceito de intersubjetividade como abordado atualmente, tivemos que hipotetizar um bebê com suas capacidades de interação, por vezes, tão precoces. Achamos importante também citarmos a importância de Daniel Stern (1934-2012) e seus estudos a partir de observações de manifestações do bebê, quando foi possível indicar essas potencialidades antes não reconhecidas (Guerra, 2022).

Posto isso, podemos avançar no conceito de “intersubjetividade”, tão necessário à compreensão das depressões do bebê. Como citado anteriormente, o bebê só poderá se deprimir em nome próprio se já tiver acesso à sua intersubjetividade, definido por Guerra (2022) da seguinte forma:

Experiência de compartilhar estados emocionais com o outro; Conjuntos de experiências que se constroem quando duas pessoas se encontram; Capacidade de

participar “em” e de “conhecer da” experiência do outro; Experiência de acompanhar o outro (juntar, ou agregar uma coisa à outra; participar dos sentimentos do outro; dar sustentação e auxílio harmonioso a uma melodia principal - música da parentalidade que deve ser criada e desenvolvida pelos próprios pais (Guerra, 2022, pp. 45-46).

Segundo Golse (2007, p. 183), “A organização depressiva do bebê com acesso a intersubjetividade se daria a partir de uma falha nos instintos de vida, considerando, desse modo, o termo depressão como uma “des-pressão ou uma diminuição da pressão das pulsões de vida”.

Essa falha se daria de forma diferente em relação à idade do bebê, o que Golse (2007) dividiu didaticamente em dois momentos: de zero a seis meses (dependência absoluta) e de seis aos dezoito meses (dependência relativa). Dedicar-nos-emos ao período de zero a seis meses, diante do qual o autor retoma a teoria de Kreisler sobre os “fenômenos depressivos primários”.

Em relação às reações depressivas primárias, os bebês com menos de seis meses de idade são afetados por comportamentos que podem ser justamente qualificados de depressivos: rosto imóvel; ausência de riso ou sorriso; movimentos lentos; comunicação pobre; desvio de olhar e falta de resposta postural antecipada durante a captura. Essas observações não põem em causa as importantes observações de Spitz sobre a origem da depressão em crianças que já traspassaram a segunda fase de organização, mas levantam o problema dos fenômenos depressivos primários (Golse, 2007).

A partir desse questionamento, o autor traz outra reflexão importante sobre como se pensar as depressões do bebê com objeto e sem objeto: resta saber se a diferenciação intrapsíquica do bebê é suficientemente rigorosa para lhe permitir um trabalho de investimento do objeto pulsional perdido, em seguida de desinvestimento e, finalmente, de reinvestimento do seu meio envolvente residual.

Foi com essa dificuldade que Spitz se confrontou na elaboração das teorias das “depressões anaclíticas”, dificuldade que resolveu apelando para um retorno das pulsões agressivas sobre o próprio corpo (continente), por falta de representações mentais dos objetos perdidos (conteúdos) ainda verdadeiramente disponíveis. Seja como for, quer se trate de uma perda de objetos parciais, de uma perda de objetos insuficientemente constituídos ou de depressões sem objeto, fenomenologicamente falando, e em virtude de uma intersubjetividade ainda em aquisição, essas depressões muito precoces do bebê são provavelmente vividas pela criança como amputações das partes de si mesmo, o que remete à noção de depressões

primárias ou primitivas como aquelas de que falam autores como D. Winnicott ou F. Tustin (Golse, 2007).

No período dos seis aos dezoito meses, o autor retomará Kreisler (1989) para se pensar as organizações depressivas por faltas associadas às carências quantitativas, qualitativas e/ou por uma descontinuidade interativa, como já citado anteriormente.

Ao darmos seguimento à temática da depressão do bebê, seria interessante retomarmos o conceito do Golse (2022) sobre a “emergência de objeto”, no qual o autor assegura que a mãe, ao colocar o bebê no mundo e ao apresentar esse mundo para ele, também se apresenta.

Posto isso, o contexto social em que inserimos nossa temática de estudo é aquele que trata de mães e seus bebês em situações de vulnerabilidades sociais econômicas potencialmente traumáticas que atravessam gerações: famílias que lutam pela sobrevivência no nível mais emergencial, marcado pela fome e pela falta de moradia, realidades em que as mães e seus bebês se encontram, predominantemente, em situação de desamparo.

Nessas circunstâncias, como uma mãe atravessada por situações traumáticas em seu cotidiano e com a ausência de apoio para o exercício de sua função poderia manter as condições para apresentar o mundo para o seu bebê de forma sensível, delicada e contínua?

***Prevenção em Psicanálise com Bebês em Situação de Vulnerabilidades Sociais e Econômicas***

“As crianças fantasmas: como se sentir ser quando não se existe para ninguém”? (Golse, 2022, p.92)

É sabido que as relações iniciais do bebê com sua família têm papel fundamental na formação do desenvolvimento emocional saudável deste. Vimos, nos capítulos anteriores, que as falhas ambientais precoces, oriundas de experiências traumáticas no início da vida do bebê, no qual ele não tem preparo para suportar tal quebra, interrompem o sentimento de existência do bebê (Golse, 2022). Nesse sentido, a prevenção em psicanálise na clínica com bebê e crianças com dificuldades no laço é pensada a partir da ideia original de intervenção na relação família-bebê. Diante disso, para refletirmos acerca do conceito de prevenção a tempo em psicanálise, faremos um breve referencial de alguns teóricos que realizaram um importante trabalho com bebês e crianças pequenas.

Françoise Dolto (1988), psicanalista, pioneira nos atendimentos de bebês e suas famílias em contextos institucionais, direcionou o seu trabalho nos atendimentos de gestantes e bebês em contextos de internações hospitalares. Dolto (1988) desenvolveu o conceito de haptonomia, intervenção que tinha como objetivo desenvolver nas gestantes a autossensibilidade e a sua autopercepção, mas voltadas para o feto. A partir dessas intervenções, a gestante e sua família desenvolviam um vínculo profundo com o bebê que respondia à voz da mãe e de seus familiares com movimentos dentro do útero da mãe.

Em suas observações, Dolto (1988) também percebeu como os espaços livres são importantes para o desenvolvimento das crianças, principalmente no que se refere à autonomia e à separação dos pais. Nesse sentido, em 1979, inaugurou a Maison Verte, junto a alguns psicanalistas, com o intuito de atender crianças desde seu nascimento até os quatro anos de idade, junto aos seus pais, para que se pudesse realizar a transição de espaços, isto é, entre a casa e escola, evitando que eles sentissem abandonados e sozinhos (Dolto, 1988).

Françoise Dolto acreditava que os sintomas dos bebês e das crianças eram resultados dos não-ditos, acontecimentos sem representação e sem a possibilidade de serem simbolizados. A autora sempre considerou o bebê como sujeito capaz de ouvir e de comunicar suas emoções, incluindo suas desorganizações (Dolto, 1988).

Nessa perspectiva, a partir da transmissão clínica e teórica da psicanálise com bebês e crianças pequenas, surge a estimulação precoce. O seu reconhecimento como disciplina ocorreu na década de 1960, tendo como uma de suas pioneiras no mundo a Dra. Lydia Coriat (1997). Nas intervenções psicanalíticas do campo da estimulação precoce, Lydia Coriat considerou como pilar no tratamento da constituição subjetiva de bebês e crianças pequenas “a transferência, o brincar, a direção da cura e o trabalho interdisciplinar” (Coriat, 1997, p. 23).

Entretanto, hoje nos deparamos com várias práticas nesse campo que valorizam a questão orgânica e o estímulo ambiental em detrimento das questões subjetivas do bebê. Em se tratando de avaliação e intervenção com bebês e crianças pequenas, ainda nos deparamos com checklists comportamentais que valorizam somente a presença e a ausência de sintomas e que não consideram o contexto vivido pela família, a história singular do bebê e seus atravessamentos.

No campo da estimulação precoce atravessado pela psicanálise, consideramos a clínica com bebês e crianças pequenas uma possibilidade de intervenção no laço cuidador-bebê, de modo que possamos sustentar junto à família as funções parentais. Afinal:

O bebê humano sendo totalmente neotênico, fundamentalmente inacabado ao nascer, tanto no plano físico, ele é portanto, muito frágil, vulnerável e dependente do ambiente.... Os desafios éticos para os adultos que cuidam do bebê são, portanto, consideráveis, tanto para os pais quanto para os profissionais (Golse, 2022, p. 19).

A partir dessa ideia de intervenção no laço e intervenção a tempo, pensamos no conceito de prevenção em psicanálise, no qual Teperman (2005) afirma que a prevenção não faz parte do vocabulário psicanalítico. É uma necessidade definida pela sociedade que, por meio de uma visão imaginária, nos leva a enfrentar um desafio impossível: agir antes que o mal ocorra. Assim, a escritora resgata este conceito: prevenção como a capacidade de antecipação do indivíduo, em que os pais estão incapazes de prever um sujeito em seu bebê.

Logo, Crespin (2004, p. 81) aponta outro caminho para prevenção no atendimento com o infans e seus pais, pois “eles terão a oportunidade de dizer de outro modo, o que é preciso lhes dizer. Liberando assim, o bebê desse não dito, e a possibilidade de a mãe poder trabalhar essa demanda em outro contexto de atendimento”.

No setor de estimulação precoce do CONECTA, trabalhamos com o instrumento IRDI: Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil. A criação e a validação do instrumento IRDI ocorreram no contexto da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para



o Desenvolvimento Infantil realizada entre 2000 e 2008 em nove cidades brasileiras, a pedido do Ministério da Saúde e com apoio do CNPQ e da FAPESP.

A pesquisa foi realizada por um grupo de psicanalistas chamado Grupo Nacional de Pesquisadores (GNP). O GNP trata de um grupo de psicanalistas, especialistas nos cuidados da criança, reunido para construir o protocolo de indicadores pela Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer (IPUSP). O IRDI é um protocolo com estudos de validade com o objetivo de identificar fatores de risco para o desenvolvimento infantil por meio de 31 indicadores que realizam uma leitura da relação cuidador-bebê durante os primeiros 18 meses de vida.

É importante situarmos que esse instrumento foi criado a partir de uma leitura psicanalítica da relação cuidador-bebê, com uma compreensão relacional e que os problemas de desenvolvimento podem ser situados nos desencontros do vínculo entre o cuidador (pai, mãe, tios, avós e etc.) e o bebê. A leitura através do instrumento se dá na relação entre o cuidador e o bebê a partir de diversas leituras de psicanalistas que se propuseram a estudar as relações iniciais entre o cuidador e o bebê (kleinianos, winnicottianos, lacanianos), dando origem aos quatro eixos norteadores do instrumento: estabelecimento da demanda (0 a 4 meses incompletos), suposição do sujeito (4 a 8 meses incompletos), alternância presença-ausência (8 a 12 meses incompletos) e função paterna (12 a 18 meses completos).

É importante citarmos que as presenças dos indicadores indicam que o desenvolvimento emocional do bebê está em curso, porém as ausências dos indicadores predis põem um sinal de alerta para o desenvolvimento, sinalizando possíveis riscos que se apresentam no aspecto relacional, tendo a possibilidade para uma intervenção a tempo. Independente da base psicanalista teórica, o instrumento aposta na constituição psíquica do bebê que está em curso e no trabalho ético que se propõe a reduzir os efeitos danosos dos quadros psicopatológicos, todavia sem cair em lógicas causa-efeito.

Na nossa prática clínica institucional, o instrumento permite uma leitura acerca do desenvolvimento emocional do bebê, capaz de identificar se o bebê está em sofrimento psíquico, mas também é um instrumento que dá a possibilidade de escuta de relatos das famílias atendidas no setor de estimulação precoce, e, com base nessas narrativas, conseguimos identificar outros atravessadores do laço mãe-criança, como os contextos traumáticos de fome, violência e desamparo social e discursivo.

Nesse sentido, a partir dos resultados de pesquisas de outros autores que se utilizaram do IRDI em contextos de vulnerabilidades sociais e econômicas, Neves (2015, 2021) e Martins et al. (2016) ressaltam também que o instrumento oportuniza o acolhimento e a escuta

das narrativas das famílias em relação ao seu sofrimento, utilizado também para intervenção na relação cuidador-bebê, mas não dispõe de indicadores para avaliar o risco psíquico especificamente em contextos de vulnerabilidades sociais e econômicas.

Retomando os objetivos deste capítulo, no qual trabalharemos com público em situação de vulnerabilidade social e econômica, recuperamos o conceito de vulnerabilidade social a partir de Ayres et al. (2003), que apresentam esse conceito como uma tendência de expor indivíduos à doença devido a vários fatores de risco, tanto pessoais quanto coletivos, do ambiente em que vivem, devido à falta de recursos para se protegerem. Assim, pode ser considerado como risco todo evento que se configure como obstáculo em nível individual ou contextual e que potencialize a vulnerabilidade inerente (Pesce et al., 2004).

Nos casos com os quais nos deparamos no CONECTA, com famílias em situação de vulnerabilidades potencialmente traumáticas, muitas vezes, a mãe ambiente não tem defesas psíquicas suficientes para sustentar o laço com o bebê em contextos de vida traumáticos, e a família se encontra frágil e exposta às situações de vida difíceis e emocionalmente adoecedoras.

Percebemos, em alguns relatos das mães, obstáculos que interferem diretamente no laço, são relatos de violência, às vezes com início na própria infância, depois são fatos que se repetem na vida adulta com seus companheiros, sem a possibilidade de reflexão e, às vezes, interpretados por elas como atos de amor e proteção.

As mães que sofrem violência física, algumas durante a gravidez, relatam que, mesmo após o nascimento do bebê, continuam sofrendo agressões dos seus companheiros, e alguns apelos da criança, como o choro, são motivos para sofrerem agressões físicas e verbais.

A dificuldade em amamentar, segurar o bebê no colo, tocar no corpo do bebê e usar de manhês é observada com frequência nos atendimentos, em alguns casos, acompanham bebês e crianças pequenas em sofrimento psíquico grave, que também não respondem no mesmo ritmo que a mãe.

Também são atendidos casos de mães deprimidas, em estados de vulnerabilidades significativas, que não conseguem responder às convocações de seu bebê. Muitas dessas mães também têm outros filhos, alguns maiores, que se ocupam dos cuidados dos menores. A mãe psiquicamente abalada não consegue disponibilizar um colo acolhedor para sua criança, observando-se um colo solto e sem fronteiras. Nestes, os bebês ficam inquietos, desorganizados, não conseguem olhar para as suas mães durante a alimentação. Por conta de seu sofrimento, elas também não conseguem acalmá-los.

Nesse sentido, Golse (2006) afirma que o bebê é capaz, logo nos primeiros dias de vida, de entrar em sintonia afetiva com o adulto e, aos poucos, entrar em um sincronismo emocional. A partir mais ou menos do oitavo mês, espera-se que o bebê responda de modo já recíproco, a partir do que foi construído ao longo dos meses em termos de relação, o que ele vai chamar de representação de interação. Por exemplo, se a mãe se apresenta deprimida nos primeiros meses de relação com o bebê, geralmente, sua relação com ele se dará de um único modo, mais lento e com poucas interações. Desse modo, Golse (2006, p. 196) afirma que A capacidade do adulto em entrar mais ou menos bem em sintonia afetiva com seu filho depende simultaneamente do que o próprio bebê induz na interação (ou seja, a parte pessoal da criança) e do tipo de personalidade do adulto, assim como de toda sua história infantil precoce. Com efeito, é através de um processo de identificação regressiva com funcionamento psíquico da criança que o adulto pode, nos bons casos, encontrar respostas relacionais e comportamentais adequadas aos sinais emitidos pela criança.

Em relação à história infantil do adulto e sua ligação com a relação com os filhos, mesmo não sendo o objetivo do nosso trabalho, é importante citarmos como essas questões transgeracionais atravessam as relações atuais. As famílias trazem narrativas durante as consultas com os bebês sobre suas percepções do que é o amor, o ódio, a dor e o sofrimento, são geralmente esses quatro aspectos mais citados.

Aprenderam, desde a infância, que o amor e o cuidado se demonstram por meio do abandono familiar. Algumas mães foram abandonadas por suas mães biológicas quando crianças, nas casas de outros familiares, por falta de condições financeiras e/ou emocionais. A partir disso, também testemunhamos, nos relatos dessas mães, abandonos na infância, dificuldade de cuidar de seus filhos e vontade de deixá-los com parentes e vizinhos para também irem embora. Quando não conseguem, entregam-nos para seus filhos mais velhos, designando-lhes a responsabilidade do cuidado.

Nesse sentido, Golse (2006), a partir dos trabalhos de N. Abraham e M. Torok, distingue os conceitos de transgeracionais e intergeracionais, de modo que os efeitos psíquicos da transgeracionalidade se apresentariam de forma gradual nas gerações, como nos não-ditos, mas sem necessariamente um contato direto entre gerações próximas. Porém, a intergeracionalidade se apresentaria de modo direto nas relações de pais e filhos por meio das comunicações verbais e não verbais. Nesse sentido, são efeitos que observamos circular na escuta das narrativas das populações atendidas no IPREDE/CONNECTA e que estão presentes nas relações que se estabelecem com a criança.

Por fim, diante de todas essas questões apresentadas, podemos ilustrar, a partir das narrativas das famílias, as questões que surgem dificultando o estabelecimento do laço mãe-criança. Por meio de uma perspectiva psicanalítica, compreendemos que as narrativas trazidas pelas famílias são de suma importância para pensarmos na direção e no tratamento do caso.

### ***Apresentação do Setor de Estimulação Precoce do CONECTA***

Em 2019, foi desenhado o setor de Estimulação Precoce a partir das experiências dos atuais coordenadores: psicólogo João Vicente Menescal e sua experiência na implantação do setor de Intervenção Precoce do IPREDE e da coordenadora Edda Araújo como Terapeuta Ocupacional e seu percurso na Estimulação e Reabilitação precoce com bebês e crianças que apresentavam atrasos no desenvolvimento.

A implantação do setor de intervenção precoce do IPREDE se deu a partir da pesquisa de mestrado da psicóloga da instituição, Ângela Carvalho, cuja defesa contou com a presença do psicanalista Alfredo Jerusalinsky na banca, iniciando-se uma parceria do psicanalista com a instituição.

Inicialmente, o instrumento foi direcionado aos profissionais pediatras para utilização nas consultas com bebês e crianças pequenas. Com o passar do tempo, o instrumento passou a ser utilizado por profissionais psicólogos/psicanalistas no próprio setor de intervenção precoce, orientados pela psicanalista Beatriz Senarche.

O setor de Intervenção Precoce foi inaugurado a partir da parceria entre o IPREDE a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e o Centro Lydia Coriat, de Porto Alegre, articulando os trabalhos realizados pelos professores Karla Patrícia Holanda Martins (UFC), Álvaro Madeiro Leite (UFC), Alfredo Jerusalinsky (Centro Lydia Coriat), Leônia Teixeira Cavalcante (UNIFOR), Octávia Martin Danziato (UNIFOR) e Maria Celina Peixoto Lima (UNIFOR), juntamente ao coordenador técnico científico João Vicente Menescal, à psicóloga e psicanalista Beatriz Sernache e a alguns alunos de graduação, mestrado e doutorado. Nesse período, produziram-se trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Assim, o setor de Estimulação Precoce do CONECTA foi pensado a partir da experiência de implantação do setor de Intervenção Precoce do IPREDE. O encaminhamento é realizado através dos postos de saúde, por meio dos profissionais que atendem essas

famílias, ao identificarem sinais de risco para Autismo ou atrasos em seu desenvolvimento, encaminham para o Instituto da Primeira Infância (IPREDE), precisamente para o setor de PDC (Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento) ou diretamente para o CONECTA.

Sobre o setor de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento (PDC), foi criado em 2018, com um olhar voltado para o desenvolvimento na primeira infância em parceria com o IPREDE e a Universidade Federal do Ceará (UFC), inicialmente no Ceará e em seguida na região Nordeste do país. Coordenado pelo Professor Doutor Álvaro Madeiro Leite; Doutor Sullivan Mota; Doutora Francisca Lúcia Medeiro e Doutor João Osmiro Barreto.

O setor de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento envolve o estudo e a prestação de assistência às crianças com problemas de comportamento, desenvolvimento e aprendizagem, procurando sempre compreender o contexto sociofamiliar e o ambiente físico-emocional em que a criança e sua família estão inseridas, buscando sinais físicos, comportamentais, emocionais e cognitivos secundários a essas experiências de vida ao trauma (IPREDE, 2021).

É importante salientarmos que o Setor de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento conta com equipe interdisciplinar do IPREDE, como psicóloga que atua na Intervenção Psicanalítica Precoce; psicóloga que atende crianças maiores e realiza atendimentos individuais com os pais; uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional. Também realizam encaminhamentos para o setor de Mediação com o objetivo de se intervir no vínculo família-criança.

Dados os cursos e as formações contínuas, a equipe de pediatras PDC/IPREDE está atenta aos sinais de risco para autismo e /ou outros entraves do desenvolvimento. Como contam com equipe interdisciplinar, o encaminhamento só é realizado para o CONECTA após alguns meses de acompanhamento e avaliações pela equipe para se detectar se há realmente sinais de TEA.

Por outro lado, o CONECTA também recebe bebês e crianças através de encaminhamentos dos postos de saúde. Após o encaminhamento, essas crianças aguardam numa lista de espera até serem chamadas para uma triagem de avaliação inicial com a equipe de profissionais da instituição.

Todavia, se o bebê ou a criança tem idade de 0 a 3 anos, tem indicação de prioridade no atendimento de acordo com o Ministério da Saúde, em Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA):

A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento que podem estar futuramente associados aos TEA podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais. Sabe-se que, para fins de diagnóstico, manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os 3 anos de idade (Brasil, 2014, p. 17).

Na triagem inicial, são realizadas avaliações por meio de anamnese e testes comportamentais utilizados por neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, e terapeutas ocupacionais.

Na neuropediatria, geralmente são utilizados testes comportamentais como CARS (Escala de Avaliação para Autismo Infantil)<sup>3</sup> indicadas para crianças a partir dos 2 anos e anamnese com o intuito de coletar informações sobre o contexto da criança.

Os outros profissionais geralmente se utilizam da anamnese com perguntas voltadas para sua área e avaliação a partir das observações dos comportamentos da criança e dos sintomas apresentados com base no DSM-5, o qual caracteriza o Transtorno do Espectro Autista da seguinte forma:

O Transtorno do Espectro Autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association, 2014, p. 72).

Caso os profissionais que realizaram a triagem de avaliação inicial (neuropediatria, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional) entrem em consenso de que a criança

---

<sup>3</sup> CARS – Escala de Pontuação para Autismo na infância. Aplicada em crianças a partir dos dois anos de idade, utilizada como ferramenta de apoio à investigação clínica. São 15 subescalas que somam a pontuação máxima de 60 pontos. A nota de corte para se considerar o autismo é 30 pontos.

apresenta sinais de risco para autismo, a família é avisada de que será inserida em uma lista de espera com intuito de aguardar vaga para dar início às terapias.

Assim que a criança inicia as terapias, os profissionais que irão acompanhá-las realizam outra avaliação com o objetivo de definir os objetivos terapêuticos a serem trabalhados durante o semestre; a família participa de todo o processo.

A partir desses objetivos definidos, do convívio com a criança e a família semanalmente, o profissional terá no mínimo seis meses para observar se a criança apresenta sinais que a caracterizam dentro do Transtorno do Espectro Autista.

Depois dos seis meses, os profissionais já podem preparar o prontuário da criança com relatórios referentes à avaliação da criança, testes comportamentais ou modelos de avaliações que os profissionais utilizam. O objetivo dessas avaliações é a realização de uma discussão clínica juntamente com o neuropediatra para o fechamento do diagnóstico, e, se não houver nenhuma dúvida, a criança já pode receber o laudo.

Os bebês e as crianças que chegam ao Setor de Estimulação Precoce são atendidos pela referida psicóloga (terapeuta única), a qual também recebe as famílias que acompanham essa criança.

Inicialmente, realiza-se uma escuta guiada por anamnese, protocolo que tem por objetivo reunir informações pertinentes que auxiliarão nas intervenções e servirá também de apoio para outros profissionais, estudos de casos institucionais e consultas médicas.

Posteriormente, os atendimentos são realizados com o bebê ou a criança e com seus cuidadores principais, considerando-se bastante relevantes as narrativas trazidas por essas famílias, seja sobre as preocupações referentes às suas crianças, seja sobre outros modos de sofrimento.

É importante salientar que escutamos uma narrativa de sofrimento intenso trazido por essas famílias, relacionado às suas vulnerabilidades, como situação de fome (falta de alimentos em casa), situações de violência física e psicológicas, abusos, desemprego, dentre outras, em que a questão do autismo ou dos atrasos do desenvolvimento da criança ainda não chegou a essas famílias como uma preocupação.

Algumas famílias estão tão marcadas por diversos fatores traumáticos que não conseguem se dar conta do motivo do encaminhamento de sua criança para a instituição. Muitas vezes não percebem os atrasos no desenvolvimento de seus filhos ou os sinais de risco psíquico presentes desde muito cedo.

### ***Caso clínico: depressão do bebê***

“O bebê é um ser cuja resiliência, de que toda gente fala, mas que continua ainda hoje muito enigmática, não para de nos espantar” (Golse, 2006, p.59)

### ***Entrevistas iniciais***

Antônio, de 1 ano e 2 meses, iniciou os atendimentos no setor de intervenção precoce do IPREDE em março de 2020, encaminhado à Unidade Básica de Saúde, por apresentar sinais de risco de autismo e baixo peso. Veio acompanhado da avó e da tia materna.

Nos primeiros encontros com a criança e sua avó, ele chorava bastante ao entrar na sala, escondia-se atrás da avó, baixava a cabeça e escondia os olhos com a mão. Eu não podia me dirigir à criança com olhares ou falar algo diretamente para ela, pois o deixava bastante angustiado respondendo às minhas tentativas com choro inconsolável.

Com o início da pandemia, infelizmente, os atendimentos foram mais espaçados do que o programado, visto que a família estava impossibilitada de vir à instituição, principalmente por falta de recursos financeiros.

Depois de mais de um mês, a família retorna à instituição. A avó relatou as dificuldades financeiras enfrentadas pela família, principalmente neste período de pandemia. Na casa moram os avós, os tios e os netos, totalizando 10 pessoas em três cômodos. A renda total da família era de R\$550,00 oriundos do Bolsa Família.

Nesse retorno dos atendimentos, percebi que a criança chorava bastante e se mostrava atormentada na presença de pessoas que não são do seu convívio. A avó disse que está sendo muito difícil sair de casa, pois a criança chorava no ônibus, principalmente quando chega à instituição, só se acalmando quando chega em casa e se isola no canto do quarto.

Em outro atendimento, a avó disse que necessitava conversar sobre a situação da criança, porém pedi que ela viesse sem a criança para conversarmos, uma vez que a avó não tinha muitas restrições ao contar sobre a história de vida da mãe da criança e percebeu-se que isso deixaria a criança ainda mais angustiado. A avó também aparentava muita angústia e urgência para conversarmos.

No atendimento seguinte, a avó veio sem a criança e me disse que estava pronta para me contar “todas as crueldades que seu neto vinha sofrendo” (sic).



Ela pode contar que a mãe biológica da criança, que é sua filha (nomeamos de Luciana), não só era usuária de drogas, mas também vendia. Desde os 14 anos, prostituiu-se e há pouco tempo tinha descoberto ser soropositivo. Ela fazia programa com ajuda do pai da criança, com quem, no caso, ela se envolveu e engravidou sem planejamento. Ele não quis assumir a paternidade da criança e, mesmo com a gravidez, continuou conseguindo clientes para Luciana se prostituir. A avó não soube dizer se ela sofria maus tratos durante a gravidez ou se era ameaçada para continuar se prostituindo. Porém, no nascimento da criança, Luciana resolveu se separar e deixar o ex-companheiro, pai da criança, se envolvendo com outra pessoa. De acordo com a avó, o novo companheiro tinha prometido cuidar dela e de seu filho.

Luciana resolveu morar perto da casa da mãe com seu novo companheiro e a criança. A avó disse que, com o tempo, recebia várias reclamações do novo companheiro de Luciana, pois ele trabalhava o dia inteiro e, de acordo com ele, ela passava o dia usando drogas e não tomava conta da casa. Disse à avó que ela “abandonava a criança o dia inteiro na rede, às vezes a criança fazia necessidades fisiológicas e não era trocada, se enchendo de assaduras” (sic). Os vizinhos também reclamavam muito, pois a criança chorava bastante. Muitas vezes, passava o dia chorando e era pouco alimentada. A avó tentava ir à casa de Luciana para ajudar, mas nunca era recebida, sempre encontrava a porta trancada, e ninguém atendia.

Com o passar dos atendimentos, a avó passou a trazer mais informações sobre a história de vida da criança. Disse que esta tinha muitas cicatrizes de queimaduras de cigarro na pele e que não sabia se era ela, o companheiro ou até as pessoas com as quais Luciana se relacionava. “Na verdade, eu sei que é ela que faz isso, mas não quero acreditar” (sic). Disse que chamou o Conselho Tutelar várias vezes, mas a equipe nunca a encontrava em casa.

Enquanto isso acontecia, a avó disse que achava que ela continuava se prostituindo e usando drogas, mesmo tendo outro companheiro, a avó não acreditava que ela tinha “saído dessa vida” (sic). A avó disse ainda que, quando a encontrava, sempre pedia à criança e implorava que o entregasse para ela cuidar.

Já quase nos 7 meses de vida da criança, ela resolveu entregar a criança para a avó cuidar. Ela relata que buscou a criança bem magrinha, com marcas de violência física e bastantes assaduras.

Já na casa da avó, ela relata que, nos primeiros dias, foi bastante difícil, a criança chorava constantemente, mesmo alimentada e limpa. Ela disse que a acalmava balançando na rede junto a ela. Mas, se ela saísse ou o tirasse do colo, a criança chorava muito. Com 7 meses, ainda não se alimentava de alimentos sólidos, somente de leite e, aos poucos, foi dando

massa de mingau. A avó também disse que seus olhos pareciam “pregados” e, mesmo a levando ao médico e fazendo tratamento, ainda hoje a criança lacrimeja bastante. Ela disse que, hoje em dia, os olhos já abrem, mas não na hora que a criança acorda, e sim durante o dia, aos poucos.

Nos atendimentos realizados com a avó e a criança, pedi que a avó me falasse mais sobre a criança, pois percebi que a avó não restringia certos assuntos delicados, mesmo na presença de Antônio. Também percebia que, quando a avó falava da mãe, isso deixaria Antônio desorganizado.

Em um determinado momento, fui percebendo como manejar os atendimentos de Antônio sem assustá-lo, não poderia olhar para ele, muito menos dirigir a palavra, somente para a avó. Dessa forma, pude sustentá-lo nos atendimentos sem o angustiar.

Aos poucos, ele foi aceitando ficar na sala, mas sentado atrás da avó, com as mãos no rosto. Às vezes, percebia que ele tirava a mão dos olhos e tentava olhar para mim, porém, mesmo com suas próprias tentativas, ainda não conseguia. Nesses momentos, fomos dando espaços para que Antônio conseguisse se defender da desorganização que lhe afligia. Conversei com a avó para que ela também permitisse que Antônio se comunicasse conosco através dos choros ou dos movimentos de se esconder, que era a forma que ele criou para se comunicar conosco.

### ***Discussão do caso clínico a partir dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil***

Durante os atendimentos com Antônio e a avó, iniciei a aplicação do instrumento IRDI. Nessa primeira aplicação do instrumento, percebemos que poucos indicadores estão presentes, sendo eles:

- a) Indicador 5: há trocas de olhares entre a avó e a criança. É importante ressaltarmos que esse indicador não foi observado durante a sessão, mas a avó relata que Antônio direciona o olhar para ela algumas vezes;
- b) Indicador 9: a mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases;
- c) Indicador 18: a criança estranha pessoas desconhecidas para ela;
- d) Indicador 19: a criança possui objetos prediletos.

Nos atendimentos, a avó se mostrava assustada com a possibilidade de Antônio ser autista, pois, na Unidade de Saúde, o pediatra tinha levantado essa hipótese. Essa angústia de

um suposto diagnóstico também estava impedindo que a avó desse significado aos apelos de Antônio.

Sobre os indicadores ausentes nos primeiros atendimentos, no eixo suposição do sujeito e estabelecimento da demanda, encontramos algumas ausências no Indicadores 1: quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. Observei, durante os atendimentos, que a avó ficava bastante aflita com o choro da criança, não conseguindo interpretar o que ela lhe pedia. Geralmente, oferecia chupeta, às vezes o colo, mas a criança não queria. Com o passar dos atendimentos, fomos percebendo que nem todo choro de Antônio era um pedido para ir embora; às vezes ele estava com fome, a avó lhe oferecia a mamadeira, não se alimentando de alimentos sólidos, somente passados, em sua maioria mingau.

No eixo 4, há troca de olhares entre a mãe e a criança. Nos atendimentos iniciais, não percebia esse direcionamento do olhar, nem mesmo quando eu me afastava. Porém, a avó afirma que Antônio direcionava o olhar para ela algumas vezes e para o avô também.

Nos atendimentos, perguntei à avó como Antônio se relaciona com as pessoas que ele ama. A avó se emociona ao falar das primeiras vezes que notou que a criança era apaixonada pelo avô. “Ele não fala muito, ele não consegue falar, mas ele anda atrás do avô pela casa. Se o avô estiver em casa, ele passa o dia atrás do avô, pede colo, quer comer junto. Também gosta muito de seus tios, passam a tarde inteira se balançando na rede” (sic).

Mesmo estranhando pessoas desconhecidas e não gostando de sair de casa, Antônio não é indiferente às pessoas com quem ele tem um vínculo. A partir do relato da avó, pude perceber que ele responde ao carinho da família. Ressalto isso para a avó, para que ela compreenda que Antônio está respondendo efetivamente à família. Pergunto à avó se ele pequenininho já reconheceu suas coisas, e a avó disse que sim. “Gosta muito da sua fraldinha e da chupeta, chora se alguém pegar” (sic). A avó entende que Antônio sabe o que é seu e o que é do outro. Indicador 19: a criança possui objetos prediletos. Nesse ponto, questionei se Antônio teria algum objeto transicional.

Nos atendimentos realizados com a avó, orientei-a a procurar a advogada do IPREDE, para ver a questão da guarda da criança, que ainda não era sua. A preocupação da avó era a criança ter algum diagnóstico e, com isso, o direito de se aposentar, e a mãe tomá-la com o objetivo do benefício financeiro.

Em maio de 2021, assumi o setor de Estimulação Precoce do CONECTA. A criança e sua família continuaram seus atendimentos no setor de Intervenção Precoce do IPREDE com a nova psicóloga do setor e, em seguida, foi encaminhada ao setor de PDC.

Porém, em junho de 2021, a criança foi encaminhada para o CONECTA, por apresentar sinais de risco de autismo, iniciando os atendimentos comigo no setor de estimulação precoce e com a musicoterapia.

A avó me procura bastante angustiada, pois o encaminhamento foi buscado pela filha, que desconfia que a criança é autista. A avó relata que a mãe compareceu às triagens realizadas com os profissionais e esteve presente em todos os atendimentos. A avó ainda não era responsável legal pela criança, mas sim a mãe. Ela estava responsável por assinar todos os documentos e receber os retornos sobre os atendimentos.

Mesmo angustiada, a avó veio acompanhada por Luciana aos atendimentos. Tinha combinado com a avó que atenderia a mãe antes de iniciarmos os atendimentos com a criança e com ela.

Nos atendimentos com Luciana, ela trouxe a preocupação com o possível diagnóstico do filho. Pedi que ela me relatasse o que ela percebia nele que indicasse autismo. Ela relatou que o fato de ele não gostar de algumas pessoas, principalmente desconhecidas, e chorar muito, sendo uma criança “irritada e medrosa” (sic). “Ele não é como as outras crianças, ele não brinca, fica com medo da gente” (sic). Pergunto a ela desde quando ela percebeu esses sinais. Ela disse que, desde bebê, ele já chorava sem parar, “não há nada que possa fazer ele parar, você pode dar tudo, mas ele não quer” (sic).

Nos atendimentos com a criança, entra a avó e a mãe. A criança repete os mesmos comportamentos de se esconder atrás da avó e colocar a mão no rosto. Percebo que precisarei continuar conversando com a avó e a mãe sem me dirigir à criança. Nesses atendimentos com a avó e a mãe, não pude mexer o corpo, sem mobilizar o choro da criança, tive que falar bem baixo, quase sussurrando, pois a criança se apresentava extremamente sensível. A avó e a mãe discutem em alguns momentos durante o atendimento. Só com o choro de Antônio, mãe e a avó encerram a discussão sobre a guarda da criança.

Em outro atendimento, consigo levar os brinquedos para o tapete, entregando uma bola na mão da avó – ela relatou em outro atendimento o quanto a criança gostava disso. A criança chora muito, mas, quando a avó entrega a bola, ela para de chorar, depois chora de novo, e assim seguimos o atendimento.

Em outro atendimento, a criança saiu atrás da avó para olhar o movimento que eu estava fazendo com a bola, jogando para cima e pegando. A criança segura na saia da avó e aperta olhando fixamente para bola, então coloco a bola perto da criança, que a segura,

surgindo, assim, o interesse por algo, e isso aponta que a criança deseja algo. Indicador 16: a criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.

Ela suporta o tempo final do atendimento. Com três meses de atendimento no CONECTA, a criança já consegue entrar na sala, mas não sai de perto da avó. Ela apresenta interesse pelos objetos, olha admirado, mas não o busca nem o pede. Observo o interesse dela e coloco os brinquedos perto, ela segura o brinquedo o atendimento inteiro, mas não brinca.

A avó me conta animada que Antônio começou a “gostar mais da vizinha, antes ela falava e ele chorava, hoje ele parou em frente à casa dela, esperando ela falar” (sic). A mãe diz à avó que crianças autistas também falam e com a terapia vão melhorando, “não é, doutora? (sic). Expliquei à mãe que sim, mas que a criança ainda se encontra em avaliação, pois não temos o diagnóstico definido.

Nos atendimentos com a avó e a mãe, sigo as intervenções com base no IRDI, engrandecendo todos os movimentos que Antônio faz. A avó e a mãe começam a seguir no mesmo movimento, conseguindo dar sentido aos comportamentos de Antônio, na tentativa também de interpretar o que a criança quer.

Nesse sentido, Teperman (2005) afirma que, para que a criança possa se constituir como sujeito, precisa que um Outro a antecipe e, do mesmo modo, ela possa se endereçar. Para a autora, quando os pais não puderem exercer esse papel por algum motivo, o clínico deverá fazê-lo.

Antônio também começa a responder a algumas solicitações da mãe e da avó, quando falam com ele (Indicador 5: há troca de olhares entre a mãe e a criança, antes ausente ou não observado durante os atendimentos), imediatamente olha, conquistando, assim, a operação que está relacionada ao Indicador 5 do IRDI. Aos poucos, observo que Antônio está conseguindo se afastar da mãe e da avó para pegar os brinquedos, suportando as breves ausências, configurando o Indicador 24: a criança reage bem às breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas, antes ausentes.

Em outro atendimento, a avó não pôde vir, visto que estava adoentada, e a mãe veio com a criança. Ao entrar na sala, a criança voltou a chorar sem parar. A criança entrou embaixo da cadeira, colocando sua cabeça entre os joelhos. Pergunto à mãe o que poderíamos fazer para acalmá-la e percebo que a mãe chorava junto com a criança. Sentei no chão, perto da mãe, e lhe entreguei lenços de papel. A criança parou de chorar e ficou ouvindo o choro da mãe. Depois de alguns minutos, a mãe conseguiu se acalmar. A mãe me fala que, no próximo atendimento, quer falar sobre ela.

No atendimento seguinte, a mãe pediu para entrar novamente com a criança, mas sem a avó. Assim que entramos na sala, a mãe buscou alguns brinquedos e colocou a criança no colchonete e começou a mostrá-los. Sentei atrás da mãe e da criança, fora do campo de visão deles, e, nessa sessão, eles brincaram com os Legos de montar.

Quando a criança não conseguia, entregava para a mãe fazer, e ela montava e entregava para ele, conquistando, assim, o Indicador 27: a criança olha com curiosidade o que interessa à mãe. Observo que Antônio observa a mãe montando o Lego com curiosidade, mesmo com outros brinquedos em volta, ele está direcionado aos interesses da mãe. Se a mãe busca algum brinquedo e o entrega, ele aceita e devolve o brinquedo para mãe para ela fazê-lo funcionar ou para mostrar como se brinca, depois o devolvendo para Antônio, que aceita e imita o que a mãe faz.

No final da sessão, a mãe se surpreende ao perceber que a criança estava querendo outros brinquedos, mesmo assim, a mãe disse à criança que já estava na hora de ir embora. Observamos nessa cena o surgimento do Indicador 8: a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta, dando lugar ao outro, como também a mãe consegue inserir algumas regras sociais para Antônio, que compreende e aceita (Indicador 30: os pais colocam pequenas regras ao comportamento da criança, sinalizando, assim, sua entrada na cultura).

Diante disso, perguntei à mãe como ela se sentiu nesse momento brincando com o filho, e ela disse que “se sentiu feliz, mas ao mesmo tempo muito ruim” (sic).

Na sessão seguinte, a avó não veio novamente, e a criança entrou com a mãe. A mãe me apresentou para a criança: “é a tia Jessica, você lembra dela?” (sic) E a criança colocou as mãos nos olhos e baixou a cabeça. A mãe sentou com ela no tapete e entregou alguns brinquedos enquanto conversava. Perguntei à mãe como foi brincar com Antônio na semana passada. Ela respondeu: “é complicado, doutora”. Afirmando para ela que, quando for possível para ela, estarei lá para ouvi-la e o Antônio, também. Então, ela me conta sobre a história do nascimento da criança e todos os abusos e as agressões sofridos até então.

Relatou que ainda hoje sente raiva quando olha para a criança, pois ela lembra o ex-companheiro que lhe maltratava. “Eu sei que ele não tem culpa, ele é inocente, mas eu não sou uma pessoa má, eu também fui muito maltratada” (sic). Peço para ela falar sobre essa época, e ela traz o relato das perseguições, das agressões e dos abusos físicos e psicológicos sofridos antes e depois da gravidez. Ela diz que, quando engravidou, achou que teria alguma mudança em seu relacionamento, mas relata que só piorou. O ex-companheiro também exigia

que ela trouxesse dinheiro para casa e “se virasse” (sic), obrigando-a a passar por situações perigosas.

Quando o filho nasceu, ela resolveu morar com outra pessoa, achando que sua vida mudaria. Mas o seu atual companheiro também começou a lhe maltratar. As agressões não pararam, principalmente quando a criança chorava. “Ele não suportava o choro da criança e me judiava muito toda vez que o Antônio chorava. Nesse tempo eu não tinha vontade de nada, nem de comer, só usava drogas para ver se diminuía meu sofrimento” (sic), afirmou a mãe. Ela relatou também: “eu não cuidava do meu filho, eu não tinha vontade de cuidar nem de mim quem dirá dele. Mas eu nunca o maltratei. Minha mãe deve ter dito isso, mas quem maltratava ele era o padrasto dele” (sic).

Digo para a mãe que, mesmo com todos esses acontecimentos, ainda há chances de ela e o filho viverem uma nova história, bem diferente do que viveram. A mãe abraça o filho chorando, e ele chora também, ela pede para o filho desculpas e diz que ele não tem culpa de nada. Os dois ficam abraçados durante toda a sessão. A mãe me diz que vai entregar o filho de vez para a mãe, “de papel passado e tudo, vai ser minha prova de amor para ele” (sic). “Eu sei que eu não tenho condições nenhuma de cuidar dele, eu tenho depressão, tomo remédios pesados. Tem dia que eu estou bem, mas tem dia que eu estou na lama. Ele não merece nada disso” (sic).

Após esse atendimento com a mãe e Antônio, torna-se perceptível que todo sofrimento vivido por Luciana, antes e depois do nascimento da criança, esteve atravessado no laço que ela estabeleceu com o filho. Ao relatar que a criança a lembra muito seu ex companheiro, que lhe espancava, diz que essas lembranças por vezes lhe deprimiam e por outras a faziam ter raiva do filho.

“O encontro entre um adulto e um bebê representa sempre um espaço de narrativa, onde cada um conta ao outro, algo do que já viveu. O corpo e o comportamento do bebê contam-nos algo da sua história interativa precoce, enquanto no adulto, continua viva a criança que já foi, que acredita ter sido ou que receia ter sido. Deste frente-a-frente deve nascer a coconstrução de uma nova história inicial da criança. Nesta procura de abertura e de liberdade, o corpo do bebê é o principal narrador.

Sobre a depressão do bebê, Bernard Golse (2004) nos convoca a pensarmos, dentro de nossa vivência clínica, como poderíamos formular a depressão em bebês em pleno processo de subjetivação, no qual os objetos ainda não foram internalizados, ou seja, momento em que o bebê ainda não difere o “eu” do “não eu”.

Para Golse (2007), o bebê, em suas relações iniciais, poderia ter passado por sensações de estresse e desamparo ao se deparar com a ausência de um agente da função materna capaz de gerir suas tensões pulsionais e inseri-lo no campo do desejo. Esse é um ponto essencial na teoria de Bernard Golse, pois daqui partiram as intervenções que englobam o laço mãe-bebê.

Mesmo considerando as influências ambientais e as relações psicodinâmicas na relação mãe-bebê, Golse (2002) convoca a reflexão para não cairmos em meras lógicas de causa e efeito ou em conclusões culpabilizantes. Acerca disso, ele afirma:

As depressões maternas, por mais emblemáticas que sejam, não podem ser, de forma alguma, manipuladas de um modo culpabilizante, nem explícita, nem implicitamente. As mães não podem ser acusadas de ser ou de estar deprimidas. Não podemos censurá-las por isso. No entanto, se integrarmos as suas depressões num modelo causal linear em matérias de depressões do bebê, elas não podem deixar de se sentir culpadas e é de recear que as depressões maternas sejam utilizadas por algumas correntes de pensamento para reintroduzir sub repticiamente uma visão etiopatogênica simplista, no campo da psicopatologia infantil (Golse, 2002, p. 175).

Observamos, na história de vida de Antônio, vários eventos traumáticos desde seu nascimento, principalmente ao se deparar com uma mãe deprimida, sofrendo vários tipos de violências físicas e psicológicas. Uma mãe em total desamparo, sem perspectiva alguma sobre a vida. Porém, é importante citarmos que nem toda mãe deprimida deprime o seu bebê.

Sobre isso, retomamos a teoria de André Green (1983) sobre o complexo da mãe morta para pensarmos sobre os modos pelos quais o bebê se vincula ao outro a fim de preservar as “sobras” do vínculo. De acordo com o autor, o bebê que se deprime também está de algum modo identificado com a depressão da mãe, na tentativa de conservar o que restou do vínculo. Mesmo considerando a depressão do adulto a partir da perda de um objeto amado e não recuperado (Freud, 1917), todavia essa lógica do adulto não deve ser entendida para se pensar na depressão do bebê, assim como afirma Golse (2007, p. 183):

Mesmo que o conceito de psiquiatria perinatal assente numa mutualidade das influências psicodinâmicas entre a mãe e o bebê, nem por isso se deve concluir que a depressão do bebê e a do adulto remetem para as mesmas concepções metapsicológicas.

Durante as sessões, na relação transferencial, Luciana e Antônio me passavam a impressão de dois bebês desamparados, mas com necessidades diferentes. Luciana tinha a necessidade de ser reconhecida em seu sofrimento e se sentia culpada por tudo que ela e o



filho passaram. Ao reconhecer e ser reconhecida em sua dor, pôde reconhecer também o sofrimento do filho.

Desse modo, as intervenções precoces perpassadas por um viés psicanalítico buscam um caminho para que Luciana e Antônio encontrem um modo de falar aquilo de que precisam falar, mas que, de certo modo, estava preso como um não-dito (Crespin, 2004).

Ademais, em termos “freudianos”, a depressão implicaria a vivência de um luto e a perda de objeto, o que o levou Golse (2007) a concluir que o termo depressão nos bebês estaria mais associado à própria etimologia da palavra *depression* como uma redução da tensão pulsional ou da pulsão de vida, dificultando o estabelecimento do laço do bebê com o outro.

No caso de Antônio, como podemos perceber em sua história de vida, a ausência psíquica materna se deu pela impossibilidade de a mãe realizar a função maternante, dado o contexto vulnerável traumático. Em relação à ausência psíquica materna, Golse (2007) retoma os trabalhos de Kreisler (1989) para exemplificar como as depressões do bebê se dão nessas situações. As chamadas carências qualitativas se dão a partir da presença física do cuidador principal da criança, mas, por variados motivos, há uma ausência emocional/psíquica na relação com o bebê.

Sobre a organização depressiva do bebê, Kreisler (1989) diferencia nas carências qualitativas a síndrome do comportamento vazio, compreendida na relação com uma mãe que nunca esteve disponível na relação com o bebê, impossibilitando o bebê de experienciar um ambiente sensível às suas necessidades e contínuo.

Em relação à depressão branca, é compreendida pelo autor como um laço mãe-bebê que foi estabelecido inicialmente, mas que foi interrompido de forma abrupta/inesperada, interrompendo a continuidade de ser do bebê (Kreisler, 1989).

No caso clínico apresentado, compreendemos que Antônio, desde seu nascimento, teve em parte disponibilidade afetiva de sua mãe por questões de vulnerabilidades traumáticas já apresentadas. Vimos que Antônio, mesmo apresentando a maioria dos sinais que remetesse ao autismo, possuía seu funcionamento psíquico deprimido por conta dos atravessamentos traumáticos no início de sua vida.

É importante evidenciarmos que, nas observações e nas vivências clínicas junto à diáde, Antônio se organizava de modo depressivo, todavia especificamente no que apontamos anteriormente como síndrome do comportamento vazio, ou até mesmo como Kreisler (1989) conceituou de relação desértica habitual.

Para Golse (2007), o bebê que se organiza dessa forma apresenta as seguintes sintomatologias: atonia psíquica; lentidão motora; retirada interativa e perturbações psicossomáticas vivenciadas pelo clínico a partir da contratransferência.

Em relação aos elementos contratransferenciais que nos convencem a pensar que se trata de uma depressão precoce, são as diferenciações nas manifestações do bebê que seriam da ordem da pulsão de vida ou se o bebê estaria apresentando um desinvestimento nos objetos, respondendo, assim, à pulsão de morte, sobre a qual Golse (2007, p. 189) também afirma:

Em primeiro lugar, só a contratransferência pode indicar, por exemplo, se as perturbações psicossomáticas do bebê ainda têm uma função de chamamento ou se já dão o indício de uma desorganização do equilíbrio psicossomático do bebê ou da díade. Em relação a psicopatologia precoce precisa que se considere a história das perturbações observadas num determinado momento, na medida em que, quanto mais jovem for a criança, mais o corpo lhe serve de vetor relacional.

Golse (2006) interroga se o bebê é capaz de transferir? Se existiria uma transferência direta entre o analista e o bebê ou se essa transferência seria diretamente com um adulto que dele se ocupa. Ao pensar sobre essa possibilidade, o autor retoma o antigo conflito entre Anna Freud e Melanie Klein e B Cramer e S. Lebovici. No centro desse conflito B.Cramer se apresentava via annafreudiano e não apostava em uma transferência direta com o bebê, mas, apostava no trabalho com as representações maternas. Já Lebovici, mostrava-se mais kleinianos, atribuindo ao bebê aptidões transferenciais precoces.

Já para Golse (2006), o bebê seria capaz de transferir e formular algumas observações importantes que podemos incorporar: as questões transferenciais do bebê ficariam mais evidentes em situações de sofrimento do que nas situações tranquilas da vida. Deste modo, a transferência negativa e hostil do bebê é sem dúvida mais notável do que a transferência positiva e libidinal. O autor também afirma que mesmo alguns autores não apostando nas capacidades transferenciais do bebê, não podemos duvidar de sua capacidade para induzir uma contranferencia nos adultos. E por fim, a transferência do bebê não remete para a dinâmica da posterioridade que a transferência nos adultos, nem se quer possa fazer intervir do mesmo as reorganizações e as reconstruções.

Nas sessões com Antônio, observamos que suas convocações tinham uma função de apelo à mãe, queria que ela sentasse com ele, mostrasse os brinquedos, estivesse presente naqueles momentos de brincadeira. A mãe ia correspondendo aos pedidos de Antônio,

demonstrando o quanto estava satisfeita de ter tido a oportunidade de estar com o filho. Mesmo com as dificuldades relacionais de Antônio, quando a terapeuta saía de cena e se afastava corporal e visualmente da diáde, Antônio se esforçava para chamar atenção da mãe.

Percebemos, também, o surgimento do Indicador 11: a criança busca ativamente o olhar da mãe e do Indicador 14: a mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção. No final do atendimento, falo para Luciana o quanto Antônio estava lhe convocando para brincar, querendo sua atenção. A mãe percebe e diz que foi a primeira vez em que ela percebeu Antônio realmente interessado nela e nos brinquedos. Nesse momento, percebo que Antônio está demandando da mãe amor e atenção, e ela retribuindo sem poupar esforços.

Desse modo, Golse (2002), ao pensar sobre a organização depressiva do bebê, aponta que é importante diferenciarmos se esse apelo do bebê é um modo de desorganização e de esgotamento ou se seria um apelo no sentido de ajudar a mãe a sair da depressão. No caso de Antônio, podemos observar que, em seus comportamentos direcionados à mãe, a tentativa é de tirá-la da depressão.

Dessa maneira, nos atendimentos com a diáde, propiciamos um espaço de acolhimento e escuta no qual sustentamos o vínculo (holding). Em vários momentos nas narrativas de Luciana, observamos um movimento dela de partilha de sua história, e, logo em seguida, argumentos, choro e autorrecriação, numa tentativa de se livrar da culpa e/ou do possível julgamento da psicóloga.

Nesse sentido, retomamos Winnicott para refletirmos sobre as intervenções com a diáde, no sentido de oferecermos um atendimento no qual a diáde possa experienciar o holding/sustentação. Nas narrativas do sofrimento de Luciana, observamos que o reconhecimento de seu sofrimento foi importante. A relação entre Luciana e a psicóloga mudou a partir disso, abrindo-se a possibilidade de Luciana conseguir falar algo que já guardava há muito tempo, sem medo de julgamentos.

Sobre isso, como já discutido no capítulo anterior, Ferenczi (1931/1992d) afirma que, em relação à vivência do trauma, há um segundo momento no qual a criança busca no adulto a validação do seu sofrimento, quando não há essa validação, há o segundo momento do trauma, no qual ele chama de “desmentido”, afirmando que

“O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a

paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico” (Ferenczi, 1931/1992d, p. 91).

Nos momentos em que eu reconhecia seu sofrimento, às vezes retomava com algumas falas vivências sofridas de Luciana para amenizar a culpabilização e autocobrança excessiva.

### ***Considerações finais do caso clínico***

Depois dessa sessão com a mãe, ela não compareceu mais aos atendimentos. A avó conseguiu obter a guarda da criança. A criança tem contato semanal com a mãe, que, em 2023, engravidou do seu atual companheiro. A avó disse que “ela está se tratando do HIV e tentando sair das drogas” (sic).

A criança conseguiu se vincular com os terapeutas, não havendo mais necessidade da presença da avó nas sessões. Atualmente, a criança apresenta um brincar rico, com narrativas, adora contar histórias. Apresenta brincar simbólico e adora brincar junto.

No início, Antônio não olhava para os terapeutas, mas, atualmente, já olha e demonstra a necessidade de ser olhado, buscando nosso rosto com as mãos para direcionarmos o olhar para ele.

Nas festinhas do CONECTA, aceita compartilhar espaços e brincadeiras com outras crianças, olha e interage, busca participar das atividades. Quando não olham para ele, ele segura o rosto dos adultos e das crianças. Sempre nos recebe com abraços na recepção e sabe o nosso nome e dos colegas. Não se incomoda mais com sons, aceita dançar, adora cantar e tocar bateria. Está na fase dos “porquês”, percebe o que acontece ao seu redor e questiona.

Iniciou, em 2023, a vida na escola. No começo, tivemos dificuldades em sua adaptação, mas atualmente adora a escola. Fez vínculos com os amigos e professores, além de saber o nome dos colegas e dos professores. Faz atividades e participa de tudo que a escola propõe. Antes, a escola se queixava de um boné que ele utilizava para tampar a visão, utilizado também na terapia, mas atualmente ele deixa o boné com a avó e só busca no final.

Sua alimentação é bem variada e não apresenta mais sensibilidades ao toque. Aceita mudanças de rotina e mudanças de brincadeira e de salas. Também aceita ser atendido por outros terapeutas.

A avó relata as dificuldades sentidas atualmente: “ele é uma criança muito sentida, ninguém pode gritar em casa porque ele acha que é com ele e chora” (sic). “Se é chamado atenção, chora também. Se em casa não dermos atenção direto, ele fica triste” (sic).

A criança passou mais de um ano em avaliação no CONECTA, gerando dúvidas diagnósticas nos médicos, porém os terapeutas concordavam entre si que não se tratava de autismo. A criança foi encaminhada para um teste comportamental chamado ADOS e pontuou para TEA em uma pontuação LIMITE entre “o TEA” e “não TEA”.

Dada essa avaliação do teste e as impressões do neurologista, a criança foi diagnosticada e recebeu o laudo ainda em 2022. Ela continuou sendo acompanhada comigo até setembro de 2023. Atualmente, segue os atendimentos com musicoterapeuta e psicomotricista.

### **Considerações Finais**

“Nem todos os autores concordam com esse objetivo, mas é possível pensar que os bebês e crianças na primeira infância detectados com alguma psicopatologia, possam ser, somente crianças vulneráveis necessitando de cuidados” (Golse, 2003, p.431)

Considerou-se, como o objetivo da dissertação, problematizar, a partir de um viés psicanalítico, as formas de relação mãe-bebê com risco de autismo em contextos sociais marcados por vulnerabilidades potencialmente traumáticas, como a fome, e situações cotidianas de desamparos sociais e discursivos.

Para tanto, no primeiro momento da presente dissertação, apresentamos o contexto das famílias em situação de vulnerabilidades sociais e econômicas atendidas na instituição, que foi o campo primordial desta pesquisa. Esses cuidadores eram encaminhados à instituição com suas crianças pela presença de um conjunto de sinais que apontavam um risco para o autismo. Ademais, podemos afirmar que as situações adversas que atravessam o cotidiano dessas famílias estão diretamente ligadas a fatores potencialmente traumáticos.

Ainda nesse primeiro momento, o conceito de trauma foi abordado a partir de autores do campo psicanalítico, especialmente retomando a teoria do desenvolvimento emocional do bebê proposta por Winnicott. As consequências de uma experiência traumática devem ser relacionadas, segundo o psicanalista, às formas de dependência e aos modos de constituição das relações do bebê com seu ambiente e a subjetivação do objeto. O trauma dirá respeito à descontinuidade e às quebras no desenvolvimento e no amadurecimento da criança e do seu objeto primário. Também direcionamos a nossa discussão para alguns textos de Freud e Ferenczi com o objetivo de trazer à tona a reflexão sobre as experiências traumáticas em contextos marcados pela fome e pelo desamparo social e discursivo.

Já no terceiro capítulo, retomamos a teoria winnicottiana sobre a vida psíquica do bebê, na perspectiva da sua integração como indivíduo. Para o autor, o desenvolvimento normal do bebê se dará a partir da sustentação (holding) da mãe-ambiente nas fases de dependência absoluta rumo à independência. A falha do ambiente poderá ser suportada pelo bebê/indivíduo quando essas separações, descontinuidades e/ou falhas forem apresentadas de forma sensível e gradativa. Abrimos a hipótese sobre o advento de um quadro de depressão precoce como possível resposta a uma experiência caótica no ambiente.

Para tanto, fizemos uma retrospectiva teórica sobre as depressões precoces a partir de alguns autores, como René Spitz (2004), Melanie Klein (1948/2006) e, novamente, Winnicott (1954). O intuito dessa retrospectiva foi retomarmos algumas pesquisas e teorias que já apontavam a depressão do bebê como fenômeno observado por ocasião de privações e falhas ambientais. O psicanalista contemporâneo Bernard Golse (2003, 2006, 2007) irá basear nos respectivos estudos sua teoria sobre a depressão do bebê e seus efeitos nos processos subjetivação, diferenciando a depressão do bebê em nome próprio ou por efeitos de sua relação com o ambiente.

Já no quarto e último capítulo, discutimos a temática da prevenção em psicanálise com bebês em situação de vulnerabilidades sociais e econômicas. Para isso, utilizamo-nos do conceito de prevenção a partir de Françoise Dolto (1988), pioneira nos atendimentos de bebês e gestantes em contextos de instituições/hospitais, e no trabalho clínico da psicanalista Lydia Coriat (1997), que nomeou como disciplina o campo da estimulação precoce, a partir da suposição de um sujeito do inconsciente no bebê.

Ainda nesse capítulo, apresentamos com mais detalhes o CONECTA/IPREDE e explicamos o funcionamento da instituição, as formas de encaminhamentos e os atendimentos interdisciplinares (avaliações com a utilização do instrumento IRDI e intervenções).

Concluimos, a partir dessa etapa do trabalho, que o IRDI pode auxiliar na escuta e na intervenção no laço mãe-criança, porém observamos que os indicadores de risco (IRDÍ) não dispõem de indicadores que sensibilizem a avaliar a relação mãe-bebê, considerando a situação de vulnerabilidade social e suas potencialidades traumáticas frente às múltiplas violências vividas pelas crianças e por suas famílias, tal como no estudo de caso apresentado.

Finalizamos com um estudo de caso clínico de um bebê que chegou à instituição inicialmente com sinais de risco para autismo, encaminhado da Unidade Básica de Saúde do seu bairro. É importante evidenciarmos que nosso estudo de caso se propôs a refletir sobre um bebê que se apresentava deprimido, no qual podemos identificar sinais de depressão desde os seus primeiros meses de vida.

Nos primeiros meses de intervenção, foram realizadas intervenções cuidador-bebê, intercalando os atendimentos com a avó e a mãe. Como dito anteriormente, a chegada do bebê à instituição instigou muitas dúvidas nos profissionais sobre a possibilidade de a criança estar em uma estrutura autística.

A partir de resultados de pesquisas de outros autores, como Machado (2013), Campana (2014) e Barros (2016), podemos concluir que o IRDI é um instrumento sensível para detectar sinais de autismo com crianças de 0 a 30 meses.

No estudo de caso apresentado, confirmamos a sensibilidade do IRDI como instrumento capaz de indiciar importantes impasses no desenvolvimento de uma criança pequena, sujeito em constituição. Vimos também que o instrumento conseguiu transmitir que algo não estava bem com o bebê, a partir das ausências dos indicadores de referência para o desenvolvimento emocional deste. Por razão das limitações de nossa pesquisa, não foi possível fazer um estudo comparativo de sinais de risco para depressão do bebê e sinais de risco de uma estrutura autística, mas apontamos algumas ferramentas de avaliação, consideradas aqui como complementares. Seguindo os passos de Bernard Golse, considera-se a transferência como um elemento-chave para tal distinção. Nas considerações finais do caso, apontamos as possíveis modificações no quadro de retraimento da criança, especialmente no que se refere ao uso da fala e ao brincar compartilhado.

É importante citarmos que já existe uma escala de reação de retraimento (ADBB, “Alarme Detresse Bébé Brune”), criada e validada pela equipe de A. Guedenay no Instituto de Puericultura de Paris. Ela é interessante para ser utilizada no primeiro ano de vida, mesmo ainda não sendo capaz de diferenciar por si só, os retraimentos autísticos e os retraimentos depressivos. O que ressalta a importância da vivência do analista, mesmo não sendo levada em conta por muitos instrumentos de avaliação (Golse, 2022).

Para Golse (2006) a clínica do bebê não pode se contentar unicamente com o descritivo. É todo um aspecto interativo, contratransferencial e historicizante desta clínica que, caso a caso, nos vai ajudar a sentir em termos de afetos, emoções, estados e estruturas, e isso vai ajudar profundamente as escolhas das nossas estratégias terapêuticas. Portanto não se trata, de modo algum, de uma reflexão unicamente intelectual, visto que ela envolve desafios clínicos, teóricos-técnicos, terapêuticos e até éticos (p.191).

Também gostaríamos de ressaltar que o IPREDE/CONNECTA vem se destacando em seu trabalho desde sua criação, dando lugar de destaque às famílias assistidas, tanto nos aspectos sociais como emocionais, apesar dos desafios diários e da falta de políticas públicas voltadas para essas famílias em condições vulneráveis.

A prática clínica orientada pela perspectiva da psicanálise contribui para dar voz aos sujeitos silenciados em seus sofrimentos traumáticos; a partir das intervenções feitas no



contexto institucional, podemos testemunhar sujeitos ativos em seu desejo e mais fortalecidos para barrar, por exemplo, os discursos patologizantes, bem como:

“Durante o primeiro ano de vida são descritas atualmente perturbações interativas precoces, mas talvez seja necessário sobretudo, detectar as crianças que necessitam de cuidados, sem confiná-las dentro de uma predição autística que incorre no risco de fixar as coisas, privando do futuro de uma abertura evolutiva ainda possível” (Golse, 2003, p. 428).

E mais, a partir de Golse (2007) compreendemos que a preocupação ética é fundamental para a clínica com bebês e crianças pequenas com risco psíquico, o que indica uma implicação do analista em sua formação, análise pessoal e supervisão clínica. Afinal, não são os psiquiatras que se encontram com essas crianças inicialmente, mas sobretudo, os pediatras, e outros profissionais que lidam diretamente com a primeira infância, esses precisam estar atentos e sensíveis para a questão da detecção do sofrimento psíquico precoce.

Por fim, espera-se que esta pesquisa apresenta frutos tanto no meio acadêmico quanto em relação às instituições que trabalham com a saúde mental na primeira infância, principalmente no que se refere às famílias em situação de vulnerabilidade social. Espera-se também que, a partir de futuras pesquisas, possamos nos sensibilizar para realizar mais pesquisas psicanalíticas que trabalhem com as populações em situações de vulnerabilidades sociais e também com o cuidado direcionado aos pequenos que vivem nesses contextos. A vulnerabilidade não é propriamente um sinal de risco psíquico, embora seja mister considerar, numa perspectiva clínica e sociopolítica do sofrimento, as formas em que a precarização potencialmente traumática incide nos impasses na constituição do sujeito e nos seus modos de relação com o outro, já no início de sua vida psíquica.

### Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Artmed.
- Araújo, E., Menescal, J. V., & Mota, S. (2021). Conecta: Unidade para crianças com TEA e suas famílias. *Revista da primeira infância*, 5(7).
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, 2, 121-144.
- Barros, C. V. (2016). Estudo de sensibilidade do IRDI - Questionário para TEA (Transtorno do Espectro Autista): possibilidades de utilização para detecção de sinais iniciais e para rastreamento e considerações sobre a problemática da intersubjetividade [Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo].
- Bowlby J. (1951). Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the world health organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children. WHO report.
- Brasil. (2014). Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Ministério da Saúde.
- Campana, N. T. C. (2014). Uso de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) na detecção de problemas de desenvolvimento associados ao autismo [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo].
- Carvalho, A. (2011). Desnutrição infantil e os impasses nas trocas alimentares: uma discussão psicanalítica. [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Fortaleza].
- Cavalcanti, A. & Rocha, P. (2001). Autismo: construções e desconstruções (2ª ed.). Casa do Psicólogo.
- Coriat, E. (1997). Psicanálise e clínica de bebês (J. Jerusalinsky, Trad.). Artes e Ofícios.
- Couvert, M. (2020). A clínica pulsional do bebê. Instituto Langage.
- Crespin, G. (2004). A clínica precoce: o nascimento do humano. Casa do Psicólogo.
- Dauer, E. T. (2015). A desnutrição e o transativismo: considerações psicanalíticas [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza].
- Dauer, É. T. (2021). As construções do materno em contextos de pobreza e vulnerabilidade psicossocial: contribuições para uma clínica do cuidado materno-infantil [Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza].

- Dauer, E. T., & Martins, K. P. H. (2015). Desamparo materno e recusas alimentares na primeira infância. *Cadernos de psicanálise – CPRJ*, 37(32), 43- 60.
- Dolto, F. (1988). *Psicanálise e pediatria* (A. Cabral, Trad., 4ª ed.). Guanabara-Koogan. (Trabalho original publicado em 1971)
- Ferenczi, S. (1992a). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi. *Obras completas: Psicanálise IV* (A. Cabral, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929)
- Ferenczi, S. (1992b). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi. *Obras completas: Psicanálise IV* (A. Cabral, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)
- Ferenczi, S. (1992c). Reflexões sobre o trauma. In S. Ferenczi. *Obras completas: Psicanálise IV* (A. Cabral, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1934)
- Ferenczi, S. (1992d). Análises de crianças em adultos. In S. Ferenczi. *Obras completas: Psicanálise IV* (A. Cabral, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931)
- Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico* (A. Cabral, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932)
- Figueiredo, A. (2004). A construção do caso clínico: uma constituição da psicanálise a psicopatologia e a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
- Figueiredo, A. C., & Vieira, M. A. (2002). *Psicanálise e ciência: uma questão de método. Psicanálise, pesquisa e universidade*. Contracapa, 13-33.
- Freud, S. (1894). Como se origina a angústia. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 211-217). Imago.
- Freud, S. (1916/1917). Conferências introdutórias à psicanálise. In Freud, S. *Obras Completas/Volume 13: Fixação no trauma, o inconsciente* (pp. 364-380). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1980). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In A. Freud (Org.). *Edição Standard Brasileira de Obras Psicológicas Completas (Vol.17)*. Imago. (Trabalho original publicado em 1918)
- Freud, S. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In Freud, S. *Obras Completas/Volume 17: Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão* (pp. 13-123). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1996a). Além do princípio de prazer. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 18, pp. 11-154)*. Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

- Freud, S. (1996b). Projeto para uma psicologia científica (1895). In Freud, S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. 1). Imago.
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In Freud, S. Obras Completas Volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914)
- Golse, B. (2002). Do corpo ao pensamento. CLIMEPSI Editores.
- Golse, B. (2007). O ser-bebê (1ª ed.). CLIMEPSI Editores.
- Golse, B. (2022). Do sentimento de ser ao sentimento de existir no bebê. Instituto Langage.
- Green, A. (1983). Narcisismo de vida, narcisismo de morte. Les Éditions de Minuit.
- Guedeney, A., & Jeammet, P. (2002). Depressões pós-natais e decisão de orientação terapêutica. In Correia-Filho, L., Corrêa, M. E., & França, P. S. (Orgs.), Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê (pp. 481-493). LGE.
- Guerra, V. (2022). Vida psíquica do bebê: a parentalidade e os processos de subjetivação. Blucher.
- Instituto da Primeira Infância. Iprede. Nossa história. <https://iprede.org.br/nossa-historia/>
- Jerusalinsky, J. (2002). Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Ágalma.
- Jerusalinsky, J., & Avelar, M. (2020). Quando algo não vai bem com o bebê. Detecção e intervenção estruturante em estimulação precoce. Ágalma.
- Klein, M. (1981). Psicanálise da criança (3ª ed.). Editora Mestre.
- Klein, M. (1996). O luto e a sua relação com os estados maníacos-depressivos. In Klein, M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945). Imago. (Trabalho original publicado em 1940)
- Klein, M. (2006). Sobre a Teoria da Ansiedade e da Culpa. In Klein, M. Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos. Imago. (Trabalho original publicado em 1948)
- Kreisler, L. (1989). Depressão infantil. In Lebovici, S., & Wel-Halpern, F. (Eds). Psicopatologia infantil (pp. 341-351). Presses Universitaires de France.
- Kupermann, D., & Martins, K. P. H. (2018). Racismo, fome, testemunho e humor: sobre Quarto de despejo: Diário de uma favelada, de Carolina Maria de Jesus. In Belo, F. (Org.) Psicanálise e racismo: interpretações a partir do quarto de despejo. Relicário.
- Laznik, M.C. (2013). A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Ágalma.

- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Revista Internacional de Psicanálise Winnicottiana*, 1(1), 24-34.
- Machado, D. L. (2013). Avaliação da sensibilidade do IRDI - questionário para rastreamento do TEA [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo].
- Martins, K. P. H. et al. (2011). Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver. In Pinheiro, C. V. Q., Carvalho, J. Q., & Silva, M. F. V. *Estudos psicanalíticos na clínica e no social*. (pp. 79-97). Imprensa Universitária.
- Martins, K. P. H. et al. (2017). Um golpe de mestre: crianças e pais frente ao diagnóstico psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20 (2), 278-293. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n2p278.5>
- Martins, K. P. H. et al. (2018a). Criança-sujeito: seus enigmas e suas linguagens. Editora UECE.
- Martins, K. P. H. et al (2018b). A experiência da fome na clínica e na cultura. Conselho Científico.
- Martins, K. P. H., & Kupermann, D. (2017). Fome: o umbral da vergonha. *Trivium-Estudos Interdisciplinares*, 9(2), 199-209.
- Martins, K. P. H., Lima, M. C. P., Simão, G. M., & Sousa, A. Privação do alimento e incidências na constituição psíquica: um estudo sobre o estabelecimento da demanda em crianças diagnosticadas com desnutrição a partir da aplicação da Avaliação Psicanalítica aos Três Anos. *Estilos da Clínica*, 21(3), 618-638. <https://doi.org/10.11606/issn.19811624.v21i3p618-638>
- Martins, K. P. K., & Vilhena, J. (2014). Para além da alimentação: um olhar psicanalítico sobre as políticas públicas de saúde na primeira infância. *Psicanálise e Clínica Ampliada*, 37-56.
- Martins, K. P., & Gomes, C. (2012). Amor materno, fome e reconhecimento social. In Vilhena, J., & Novaes, J. V. (Orgs.). *Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos* (pp. 185-169). PUC-RJ.
- Martins, K., & Kupermann, D. (2017). Fome: o umbral da vergonha (pp. 199-209). Trivium.
- Martins, K., Azevedo, A., & Kupermann, D. (2020). Um sorriso amarelo: A Sombra da Mãe Morta e os Impasses nos Processos Primários de Identificação. In Kupermann, D., & Paula, K. *Atendimento psicanalítico da depressão* (1ª ed). Zagodoni.
- Meireles, C. (2012). *Ou Isto ou Aquilo*. Global.
- Menescal, J. (2018). Experiências adversas na infância de mães e a correlação com o vínculo materno de crianças assistidas numa instituição de primeira infância. [Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará].

- Neves, B. S. D. C. (2021). Uma compreensão psicanalítica da relação entre a mãe e o bebê em situação de pobreza e vulnerabilidade social: um estudo a partir dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil [Tese de Doutorado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza].
- Neves, B.S. D. C. (2015). Prevenção e Psicanálise: contribuição ao debate a partir da clínica institucional com crianças desnutridas [Dissertação de Mestrado, Programa de PósGraduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza, Fortaleza].
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Prati, L. E., Couto, M. C. P., & Koller, S. H. (2009). Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25, 403-408.
- Rye, H., & Hundeide, K. (2005). Early intervention and children with special needs in developing countries. In M. Guralnick (Org.). *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 593-620). Brookes Publishing.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Subjetividades*, 4(2), 329-348.
- Schwengber, D. D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8, 403-411.
- Simão, G. M., & Martins, K. P. H. (2016). Considerações psicanalíticas sobre a função da fala a partir de intervenção com crianças em uma instituição do terceiro setor. *Revista Encontros Universitários da UFC*, 1(1).
- Spitz, R. (2004). *O primeiro ano de vida*. Martins Fontes.
- Teixeira, I. F. (2019). Trauma, angústia e desautorização nos dispositivos de saúde materno-infantil em contextos de vulnerabilidade social: contribuições clínico-políticas da psicanálise [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza].
- Teperman, D. W (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 507-514.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1999). A contribuição da mãe para a sociedade. In Winnicott, D. W. *Tudo começa em casa* (p. 117-122). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957)

- Winnicott, D. W. (1994a). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In Winnicott, D. W. *Explorações psicanalíticas*. Artes Médicas Sul. (Trabalho original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1994b). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In C. W. Winnicott, R. Sherpherd & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (J. O. de S. Abreu, Trad., pp. 106-202). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969)
- Winnicott, D. W. (1983a). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In Winnicott, D. W. *Ambiente e seus processos de maturação* (3ª ed). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1983b). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. *Artmed*. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar e a realidade. *Imago*.
- Vorcaro, Â., & Lucero, A. (2011). A criança e a debilidade mental: uma abordagem lacaniana. *Psicologia USP*, 22(4), 813-832. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000034>
- Zannetti, S. A. S., & Kupfer, M. C. M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 9(21), 170-185.