

Uma intervenção sutil: acompanhamento psicanalítico de pais e bebês prematuros*¹

Subtle intervention: psychoanalytic follow-up of parents and premature babies

Mariana Flores Frantz*²
Tagma Marina Schneider Donelli*³

O número de nascidos prematuros no país é alto e, embora as tecnologias das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINs) ampliem a sobrevivência, pode haver prejuízos. Além da urgência do corpo, há a subjetiva, pois são bebês separados dos pais, manuseados e submetidos a dolorosos procedimentos, carecendo de representações. Objetivou-se narrar o acompanhamento psicanalítico realizado com quatro bebês prematuros extremos e muito prematuros e seus pais a fim de favorecer a constituição psíquica desde a internação em UTIN até os seus 12 meses de vida. Realizou-se estudo qualitativo de casos múltiplos e síntese dos casos cruzados usando-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Evidenciou-se a emergência de operações fundamentais para a constituição psíquica e a potencialidade do acompanhamento psicanalítico na promoção e prevenção em saúde mental.

Palavras-chave: Prematuridade, acompanhamento psicanalítico, constituição psíquica, IRDI

*¹ Artigo baseado na tese acadêmica desenvolvida pela primeira autora, sob a orientação da segunda, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos. A tese foi intitulada de *Psicanálise e prematuridade: uma proposta de intervenção desde a UTIN até o primeiro ano de vida do bebê*, sendo defendida em 2020. O trabalho está vinculado ao grupo de pesquisa “CER Bebê” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos.

*^{2, 3} Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos (São Leopoldo, RS, Brasil).

Introdução

Um bebê é prematuro quando nasce antes da 37^a semana de gestação (World Health Organization – WHO, 2018). Não há uma causa única; acredita-se na interação de fatores de risco genéticos e ambientais, sendo mais comum diante de gravidez múltipla, infecções e condições crônicas maternas (Passini et al., 2014; WHO, 2018). Cerca de um a cada dez nascimentos são prematuros no mundo, correspondendo a 15 milhões por ano (WHO, 2018). No Brasil, estima-se que 10,6% dos nascimentos sejam prematuros (Chawanpaiboon et al., 2018), o que o deixa em 10^o lugar no ranking mundial (WHO, 2018). Felizmente, o avanço tecnológico das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINs) vem possibilitando que pequenos prematuros sejam reanimados, inclusive, sem sequelas orgânicas (Ribeiro, 2018; Vanier, 2013).

Todavia, além da urgência corporal, há a urgência psíquica, pois os efeitos fantasmáticos no imaginário parental e as primeiras experiências do bebê na UTIN podem lhe deixar sem acesso a representações que o signifiquem e o acolham (Jerusalinsky, 2000; Ribeiro, 2018). Esse bebê sofre uma série de manipulações em seu corpo, constantes intervenções, é exposto a uma superestimulação visual e auditiva, passa por uma série de exames e medicações questionando-se os efeitos psíquicos dessas experiências sensoriais (Jerusalinsky, 2000; Ribeiro, 2018).

Para Santos e Vorcaro (2018) não há como prever como a experiência da UTIN marcará cada bebê, mas deve-se considerar estudos que apontam que o prematuro tem mais chances de ter problemas comportamentais, emocionais e psiquiátricos (Fevang et al., 2016; Johnson & Marlow, 2014; Laerum et al., 2017; Lieshout

et al., 2015; Lindstrom et al., 2009; Linsell et al., 2016; Woodward et al., 2009). Não é preciso prever danos psíquicos para prevenir problemas, pois a fragilidade física e a hospitalização colocam pais e bebês em sofrimento, razão suficiente para intervir (Santos & Vorcaro, 2018).

Em torno da noção de inconsciente, estabelece-se a vida psíquica, que não é efeito cronológico, mas sim organizadora das conquistas da criança quanto à maturação, ao crescimento e ao desenvolvimento (Centro Lydia Coriat, 2018; Jerusalinsky, 2018). Assim, uma intervenção precoce precisa considerar os aspectos orgânicos do bebê e a ordem simbólica (Jerusalinsky, 2018). Deve-se conhecer o que é esperado nas produções espontâneas do bebê alertando-se quando os indicadores de referência não aparecem (Jerusalinsky, 2018). É fundamental um acompanhamento a prematuros, na UTIN e após a alta, que se atente para a relação pais-bebê investigando indicadores que sinalizem a ocorrência da estruturação psíquica e, havendo sinais de risco, intervenha-se (Nieto & Bernardino, 2012).

Jerusalinsky (2018) sugere o uso de indicadores de “risco-referência” no acompanhamento do desenvolvimento de bebês, apontando a ocorrência de operações essenciais à constituição psíquica que, caso não apareçam, norteiem intervenções precoces. Nessa perspectiva, tem-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs)¹, que sinalizam a ocorrência das operações psíquicas por sinais observáveis e/ou dedutíveis nos 18 primeiros meses de vida (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009).

Os IRDIs apoiam-se na noção de constituição de sujeito, direcionando o olhar sobre o bebê (Pesaro, 2010). Concebem o entrelaçamento entre os cuidados maternos² e as produções do bebê, apoiando-se em quatro eixos teóricos que representam as principais operações formadoras do psiquismo (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009). O primeiro eixo, “Suposição do sujeito”, refere-se a uma antecipação materna porque o bebê não está, de início, constituído, necessitando ser suposto ou antecipado (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009). O segundo eixo, “Estabelecimento da demanda”, trata do ato de a mãe supor, nas primeiras reações involuntárias do bebê, um pedido dirigido a ela, colocando-se a responder (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009). A mãe “traduz” em palavras as ações do

¹ Utilizou-se o IRDI-20 por se tratar de bebês prematuros em orientação feita pelo psicanalista Alfredo Jerusalinsky durante o Curso de Capacitação IRDI (Centro Lydia Coriat, 2018).

² O IRDI refere-se à mãe enquanto agente maternante ou cuidador primordial.

bebê e, concomitantemente, “traduz” em ações suas palavras (Centro Lydia Coriat, 2018).

O terceiro eixo, “Alternância presença-ausência”, implica que a mãe não responda ao bebê apenas com sua presença ou ausência, mas que produza uma alternância (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009). Permite que surja a resposta do bebê experimentando-se como sujeito porque a ausência materna o obriga a simbolizar (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009). O quarto eixo, “Função paterna (alterização)”, refere-se à renúncia das satisfações imediatas que surgiam do seu corpo e da relação com a mãe, identificando a criança na sexualidade, nas gerações e na cultura (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009). A separação (simbólica) não deixa que o bebê fique como objeto de gozo materno possibilitando-lhe usar a linguagem na função simbólica buscando novas formas de substituição (Centro Lydia Coriat, 2018; Kupfer et al., 2009).

O IRDI não é um questionário de verificação de indicadores, sendo um instrumento de leitura clínica de acompanhamento da constituição psíquica (Kupfer & Bernardino, 2018). Essa leitura parte do conhecimento dos tempos lógico e cronológico da constituição psíquica, demarcando o esperado em cada fase do bebê, aliada à escuta parental e ao marco sociocultural (Jerusalinsky, 2018). Isso ocorre porque as produções do bebê surgem como resposta ao seu Outro,³ só tendo sentido em seu contexto (Jerusalinsky, 2018).

Mariotto (2016) valoriza a ampliação do uso do IRDI e seu papel no campo da saúde, o qual pode auxiliar na detecção de risco psíquico e na promoção da saúde mental. O terapeuta, através de seu olhar, escuta e palavra, pode sustentar o exercício parental e, inclusive, reestruturar a relação com o bebê (Nieto & Bernardino, 2012).

Intervenções precoces em UTIN buscam sustentar o discurso parental posto em ato diante da produção do bebê lendo-se os efeitos disso nele (Jerusalinsky, 2000). O acompanhamento de bebês expressa-se como “seguir”, “estar ao lado”, “olhar” e “escutar”; logo, um acompanhamento no primeiro ano de vida de prematuros egressos da UTIN atua quando a estruturação psíquica está em curso, podendo evitar a instalação de patologias que exigiriam tratamentos futuros (Batista, 2016).

³ O Outro é o lugar onde se articula a palavra inconsciente permitindo o reconhecimento do sujeito, não sendo um elemento da realidade e diferenciando-se do outro do imaginário (Lacan, 1955-56/2008).

Partindo disso, objetivou-se narrar o acompanhamento psicanalítico realizado com pais e bebês prematuros extremos e muito prematuros a fim de favorecer sua constituição psíquica desde a internação em UTIN até os seus 12 meses de vida.

Método

Estudo inserido na Plataforma Brasil, com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa n. 2.616.567 e aprovado sob n. CAAE 86671018.6.0000.5344. Foi aprovado pelo Hospital co-partícipe e seguiu as recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Teve enfoque qualitativo visando compreender e aprofundar os fenômenos pelo ponto de vista dos participantes (Sampieri et al., 2013). Utilizou-se a pesquisa longitudinal para coletar os dados em períodos que tentam inferir sobre possíveis mudanças ao longo do tempo, seus determinantes e consequências (Sampieri et al., 2013).

337

Local de pesquisa e participantes

O estudo foi realizado na UTIN de um Hospital do interior do Rio Grande do Sul, que possui dez leitos e recebe bebês de até 28 dias. Acompanharam-se quatro bebês prematuros extremos (<28 semanas) e muito prematuros (28 a 32 semanas) e seus pais. Os bebês tinham que ter até quatro meses incompletos (primeira fase do IRDI), residir na cidade da UTIN e não apresentar fortes indícios de possíveis sequelas futuras (exemplo: síndromes ou sequelas neurológicas graves). Os pais tinham que ser maiores de 18 anos de idade e não terem comprometimentos cognitivos e/ou psicopatológicos severos (identificados no contato direto) que viessem a interferir no acompanhamento. Na Figura 1, apresenta-se a caracterização geral dos pais participantes e, na Figura 2, a caracterização dos bebês quanto aos aspectos clínicos.

Figura 1
CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PAIS

Dados dos pais	Antônio	Bruno*	Caio*	Daniela
Nº de gestações/ partos da mãe	1	1	1	4
Histórico de parto prematuro	Não	Não	Não	Não
Tipo de parto	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea
Intercorrências durante a gestação	Descolamento de placenta com sangramento, contrações	Hipertensão	Sintomas de Hipertensão	Infecção urinária, anemia, descolamento de placenta com sangramento, contrações
Escolaridade da mãe	Ensino Superior completo	Ensino Médio completo	Ensino Superior completo	Ensino Médio incompleto
Escolaridade do pai	Ensino Superior completo	Ensino Médio completo	Ensino Superior completo	Ensino Médio incompleto
Idade da mãe	28 anos	24 anos	32 anos	28 anos
Idade do pai	32 anos	27 anos	42 anos	37 anos
Renda familiar	4 ou mais salários mínimos	De 2 a 3 salários mínimos	4 ou mais salários mínimos	De 2 a 3 salários mínimos

338

ARTIGOS

Figura 2
CARACTERIZAÇÃO DOS BEBÊS QUANTO AOS ASPECTOS CLÍNICOS

Dados do bebê	Antônio	Bruno*	Caio*	Daniela
Gemelar	Sim (menino)	Não	Não	Sim (menina)
Peso de nascimento (g) / Classificação*	1330 / Muito baixo peso	920 / MUITÍSSIMO baixo peso	1030 / Muito baixo peso	960 / MUITÍSSIMO baixo peso
Idade gestacional / Classificação**	29 semanas / Muito prematuro	32 semanas / Muito prematuro	30 semanas / Muito prematuro	27 semanas / Prematuro extremo
Tempo na UTIN	97 dias	67 dias	63 dias	77 dias
Reanimação em sala de parto	Sim	Não	Sim	Sim
Diagnóstico na UTIN	Hidrocefalia, Leucomalácia	Retinopatia da Prematuridade (não confirmado após a alta), Enterocolite Necrosante	Retinopatia da Prematuridade	Retinopatia da Prematuridade (não confirmado após a alta)
Complicações na UTIN	Conjuntivite, Apnéia	Conjuntivite, Apnéia	Conjuntivite, Apnéia	Conjuntivite, Apnéia
Cirurgias	Hidrocefalia (válvula) e Hérnia	Não	Retinopatia da Prematuridade (visão)	Não
Reinternações pós-alta	Não	Não	Não	Sim
Introdução alimentar semi-sólida	8 meses	5 meses	6 meses	7 meses
Introdução alimentar sólida	10 meses	9 meses	8 meses	10 meses
Acompanhamentos	Pediatra, gastroenterologista, nutróloga, neurocirurgião, neuropediatra, oftalmopediatra	Pediatra, fisioterapeuta (Ambulatório de Seguimento de Prematuros - SUS***)	Pediatra, oftalmopediatra, nutricionista (desejo dos pais)	Pediatra, fisioterapeuta (Ambulatório de Seguimento de Prematuros - SUS***)
Terapias	Fisioterapia e fonoterapia	Não	Não	Não

339

Notas:

- * Mãe e bebê participam do Método Canguru e Grupo de Musicoterapia da UTIN.
- ** Classificação conforme diretrizes mundiais (UNICEF & WHO, 2004; WHO, 2018).
- *** Ambulatório do Sistema Único de Saúde vinculado à UTIN, com equipe multiprofissional que realiza o follow-up de prematuros egressos da UTIN nascidos com baixo peso (>1600g) até os dois anos de idade.

Procedimentos e instrumentos

Após a aprovação da pesquisa, contataram-se pais e bebês explicando a pesquisa, assim como convidando-os para participar do acompanhamento. Quando aceito, assinou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheu-se a Ficha de Dados Obstétricos e Sociodemográficos da Família. Logo, iniciou-se o acompanhamento semanal durante todo o período de internação (sete a 12 encontros) do bebê e, após sua alta, coletaram-se dados clínicos no Prontuário Médico padrão da UTIN.

Os encontros pós-alta (cinco a oito encontros) aconteceram em local escolhido pela família, em sua maioria, nas residências ou nos serviços de saúde que os bebês frequentavam. Previam-se cinco encontros com cada bebê, porém alguns foram vistos mais vezes devido às demandas surgidas. Eram agendados e duravam entre 30 e 60 minutos. O acompanhamento ocorreu entre setembro de 2018 e dezembro de 2019. Durante o acompanhamento utilizou-se o instrumento de Diário de campo para registrar, ao final de cada encontro, as percepções da pesquisadora.

340 No decorrer do acompanhamento, o IRDI-20 foi utilizado como um dispositivo de leitura clínica que norteou o comparecimento das operações fundantes do psiquismo e auxiliou nas ações da psicóloga. Os bebês foram avaliados pelo instrumento nas fases I (0-4 meses incompletos), II (4-8 meses incompletos) e III (8-doze meses incompletos) havendo dois momentos de observação em cada fase, conforme a indicação de uso do IRDI (Centro Lydia Coriat, 2018). Os bebês foram avaliados por sua idade cronológica. Os indicadores do IRDI não serão abordados no estudo, pois ele foi utilizado como um norteador da escuta e não um *check list* buscando-se conversar com os pais, observar a interação pais-bebê e fazer uma leitura do que se percebeu (Kupfer & Bernardino, 2018).

Análise dos dados

Utilizou-se a proposta de estudo de casos múltiplos de Yin (2015). Os casos foram construídos individualmente integrando-se os dados obtidos de todos os instrumentos, fundamentalmente, do Diário de Campo. Inicialmente, apresenta-se uma síntese dos acompanhamentos. A seguir, expõe-se a Síntese dos Casos Cruzados, privilegiando-se a análise dos aspectos comuns e

divergentes em cada um dos eixos de análise. Considerou-se a investigação em profundidade, as condições ao longo do tempo e as condições contextuais (Yin, 2015). Os casos foram contextualizados e organizados a partir dos quatro eixos teóricos fundamentais para a constituição psíquica, anteriormente citados.

Resultados e Discussão

Os elementos que serão apresentados foram os que mais emergiram na fala dos pais e nas observações ao longo do acompanhamento. Salienta-se que os nomes dos bebês são fictícios. A narração será apresentada em primeira pessoa por se tratar da experiência desenvolvida pela primeira autora.

Caso 1 – Antônio

O acompanhamento inicia-se quando Antônio tem cinco dias, momento em que os pais estão fragilizados pela piora dos gêmeos. Permanecem pouco na UTIN por acharem que “*é lugar de visita*”⁴ e para evitar “*só notícias ruins*”. Com sete dias, o irmão falece (fala-se pouco nele) e Antônio segue grave. Buscava falar com o bebê dando-lhe lugar nas conversas (nem sempre os pais falam com ele) e traduzir suas manifestações. Escutava e acolhia os pais, algumas vezes, longe do bebê por estarem chorosos.

Com um mês de vida, ganha o primeiro colo e, com quase dois, é transferido de cidade para cirurgias, interrompendo-se o acompanhamento por três semanas. Os pais voltam seguros para cuidar do filho, identificam preferências, sabem alimentá-lo (“*afoga-se*”) e acalmá-lo. Na UTIN (12 encontros) visava-se sustentar as funções parentais, sobretudo, quando questionavam a capacidade de cuidá-lo. A mãe diz que falar ali os preparava para “*falar lá fora*” com os outros.

Após a alta (cinco encontros), uma das preocupações era a necessidade dos pais de “*estimular*” para “*compensar o provável déficit*” no desenvolvimento. Valorizo as interações e brincadeiras espontâneas e aponto-lhes os progressos dele (exemplo: capacidade de sorrir, vocalizar, responder e chamar

⁴ As falas dos pais foram destacadas em itálico e entre aspas.

o outro). Os pais, embora vinculados, racionalizavam tentando não expor fraquezas, com pouca abertura para intervenções. Eram tantos olhares sobre Antônio (seis profissionais) que o acompanhamento era mais um. Ademais, mantiveram-se unidos e com apoio familiar.

Caso 2 – Bruno

O acompanhamento de Bruno inicia-se próximo a completar um mês (sete encontros) e o contato era com a mãe (o pai ia à noite na UTIN). A gestação foi descoberta aos quatro meses, sendo bem aceita. O primeiro colo ocorreu com 43 dias de vida, contudo, tem uma piora e é suspenso. A mãe tem conhecimento na área da saúde, angustiando-se em assistir os procedimentos, pela equipe dar colo e banho no bebê (“*difícil não poder fazer o mesmo*”), bem como, pelas “*restrições*” da UTIN (exemplo: ter que sair nas trocas de plantões e em alguns procedimentos).

A mãe falava com Bruno (e por ele), contava-lhe da família, traduzia seus movimentos e nomeava-o como “*esperto*” (“*não para nunca*”) sentindo-se segura ao iniciar os cuidados. Bruno buscava o olhar e interessava-se pelas conversas. Participavam do Método Canguru⁵ e do grupo de musicoterapia,⁶ assim, muitos encontros ocorreram com outras díades. Colocava-me ao lado deles, apoiando-os nos cuidados maternos e durante a amamentação (momento difícil) com poucas intervenções verbais.

O pai participou do acompanhamento pós-alta (5 encontros); o casal mostra-se unido e revezava-se nos cuidados. Consideravam Bruno um “*bebê fácil e feliz*”, sendo “*mais adiantado*” que os outros (exemplo: firmou-se cedo, dançava e brincava). Houve preocupação no inverno devido à “*fragilidade respiratória*” do bebê, com medo que adoecesse e fosse internado. No acompanhamento, os pais não demandaram da psicóloga, sendo para eles um espaço de escuta, especialmente na UTIN. Ao final, verbalizam que os deixou mais seguros quanto ao desenvolvimento do filho, parecendo significar um olhar sobre o bebê.

⁵ Visa favorecer o cuidado ao recém-nascido e à família promovendo sua participação nos cuidados, também inclui o contato pele a pele indo do toque à posição canguru (Ministério da Saúde, 2017).

⁶ Grupo conduzido por uma musicoterapeuta, em que cantavam para os bebês e rememoravam músicas da própria infância das mães.

Caso 3 – Caio

O acompanhamento de Caio na UTIN (oito encontros) inicia-se aos 13 dias de vida e o primeiro colo ocorre com 25 dias. O contato maior é com a mãe (o pai teve uma “*experiência horrível com UTP*” permanecendo pouco tempo). Mostravam-se vinculados ao bebê, interpretavam seus movimentos (exemplo: “*está sonhando*”, “*está assustado*”), falavam com ele e por ele, contavam do “*mundo lá fora*” e faziam planos. O casal era unido e fortalecido, mas ansiosos, mobilizando a equipe da UTIN com questionamentos. Havia superexpectativa acerca do filho. Sentiam-se “*visitas*” na UTIN e incomodavam-se com as restrições.

Quando Caio piorou, a mãe quis afastar-se (para que não a visse “*triste*” e “*chorando*”), então, a auxilio na aproximação incentivando que expresse para ele o que sente. Posteriormente, se dá conta de que eles (pais) “*o pressionam*” para que melhore rápido. Trabalhei com a mãe acerca de sua preocupação em dar “*colo demais*” e vir a ser prejudicial quando precisasse trabalhar. Quando inicia os cuidados, a mãe mostra-se segura e calma. Participam do Método Canguru e do grupo de musicoterapia, porém o contato continua individualizado, pois há poucas mães participando. A demora pela alta deixou os pais ansiosos, mas, na proximidade da ida sentem-se inseguros para cuidar do bebê.

No acompanhamento pós-alta (seis encontros) os pais demandam-me ativamente. Surge preocupação que Caio os culpe por terem o “*abandonado*” na UTIN ou que ela “*deixe marcas*” trabalhando-se a ideia de “*reconstruir*” sua história. É inserido na escola aos oito meses e, por vezes, a avó o cuida. Por ser “*inquieto*” e “*agitado*”, temem hiperatividade e “*sequelas*” da prematuridade. Referem que tiveram “*sorte*” de ter o acompanhamento, que os encontros os faziam refletir e valorizar as conquistas do filho.

Caso 4 – Daniela

O acompanhamento inicia-se quando Daniela tem 23 dias de vida (oito encontros na UTIN). Teve uma irmã gêmea, que faleceu no 3º dia de vida. Os pais ficam pouco na UTIN (o pai viaja e diz que “*não consegue ficar muito*” no ambiente hospitalar). De início, a mãe fala pouco e em tom de voz baixo com a filha. Após dar o primeiro colo (com 37 dias), a mãe fica mais tempo na UTIN. Comumente, a mãe utilizava o espaço de escuta para falar da vida fora da UTIN (filhos, casa e trabalho). Com o tempo e a melhora da bebê, preocupa-se em como conciliar a atenção entre os filhos, como se já conseguisse

imaginar Daniela fora da UTIN. A tentativa da mãe de dar lugar à filha falecida perpassa o acompanhamento (a mãe, até, troca os nomes), lugar que o pai evitava encontrar.

No acompanhamento pós-alta (oito encontros), a mãe encontra-se, frequentemente, triste, cansada, estressada com a rotina e imersa no seu luto. Indiquei psicoterapia, mas só encontra espaço para pensar nisso ao final do acompanhamento. Os encontros são difíceis porque as outras crianças nos demandam muita atenção. Aos sete meses da bebê, a mãe parece deprimida e desamparada, falando sobre a perda da outra filha e revivendo um episódio traumático na gestação. Daniela teve vários problemas de saúde, três reinternações, diversas idas ao pronto atendimento e consultas. A mãe tem dificuldade de seguir as orientações médicas (exemplo: antecipa a introdução alimentar). A dupla interação menos, a bebê tem olhar triste, entretanto, responde à minha convocação. A rede de apoio é fraca, o casal é pouco fortalecido, e o pai não auxilia nos cuidados. Surge um alerta quanto às operações fundantes do psiquismo.⁷

Na reavaliação, observaram-se todos os indicadores presentes. Todavia, a orientação de uso do IRDI é que, mesmo quando presentificados, faça-se, no mínimo, dois retornos (Centro Lydia Coriat, 2018). Nas reavaliações, Daniela estava internada, debilitada, dormindo quase todo o tempo, os pais estavam preocupados e tristes. Os IRDIs não puderam ser verificados e uma avaliação nesse contexto seria reducionista. Após a alta e sua melhora clínica, os indicadores continuam presentes.

Posteriormente, a mãe fortalece-se, retoma projetos profissionais e pensa na filha “*como uma criança normal*”. Próximo de completar um ano, Daniela sorri, faz gracinhas, fala palavrinhas e convoca o outro, embora a mãe pareça deprimida. O acompanhamento pós-alta ajudava a mãe a (re)formular questões acerca do casamento e sustentá-la para que sustentasse a filha, também, sustentava a posição da bebê diante da mãe. Solicitava-me bastante, como uma espécie de presença; frequentemente, sem nada questionar. Ao final, diz que lhe “*trazia tranquilidade*” por “*conseguir falar de assuntos difíceis*” ajudando-a a “*repensar as coisas*”.

⁷ Indicadores ausentes: 7 (IRDI-20) – A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades, 8 (IRDI-20) – A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta, e 9 (IRDI-20) – A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases (Centro Lydia Coriat, 2018).

Síntese dos casos cruzados

Apresenta-se, nas Figuras 3 e 4, quadros-síntese elaborados pelas autoras e baseado nas operações fundamentais para a constituição psíquica (IRDI), com fragmentos clínicos que ilustram seu comparecimento. Exibe uma síntese do propósito das intervenções pais-bebê por eixo, elucidando o acompanhamento psicanalítico na UTIN e no período pós-alta. As intervenções eram sutis e visavam favorecer o exercício parental e a constituição psíquica do bebê. Pesaro (2010) salienta que, mesmo separados, os eixos surgem simultaneamente e um determina, retroativamente, o outro. Posteriormente, apresenta-se a discussão conjunta dos casos orientada pelos eixos teóricos do IRDI, também, com fragmentos clínicos ilustrativos de seu comparecimento e de intervenções realizadas durante o acompanhamento na UTIN e no período pós-alta.

Figura 3

SÍNTESE DAS OPERAÇÕES PSÍQUICAS E INTERVENÇÕES REFERENTES AOS EIXOS I E II DO IRDI

EIXO I: SUPOSIÇÃO DE UM SUJEITO (SS)	
Síntese das operações	Exemplo do comparecimento do Eixo I Caso 2 - Bruno (3 meses) - Contexto: Primeiro encontro após a alta em uma sala próxima a UTIN
<ul style="list-style-type: none"> Antecipação materna de intenções e desejos no bebê Atribuição de sentido que a mãe faz ao grito do bebê Suposição materna de que o bebê a compreende 	Bruno dorme no colo da mãe enquanto conversamos. Ele acorda-se, mexe-se e olha a sala. A mãe fala-lhe em manhês: "Que foi filhoooo? ahm!" e, após um tempo, responde no lugar do bebê: "Eu acho que eu conheço esse lugar aqui. Eu acho que eu conheço, né mãe?". Voltamos a conversar, até que a mãe percebe a curiosidade do filho pela sala, falando novamente por ele: "Eu acho que eu conheço".
Síntese das intervenções	Fragmentos clínicos de intervenção favorecedora do Eixo I Caso 3 - Caio (37 dias de vida) - Contexto: Bebê está na incubadora na UTIN
<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar os pais na atribuição de sentido às manifestações do bebê, mesmo que reflexas na incubadora Falar com o bebê em manhês sustentando a posição parental Sustentar nos pais o "saber" acerca do bebê, mesmo que, estejam, provisoriamente impossibilitados de cuidá-lo devido a intimação Fazer a leitura das manifestações do bebê em direção ao outro: olhar, "sonris", vocalizar, movimentar-se, alterações cardíacas, etc. 	Caio teve uma piora clínica e a mãe racionaliza dizendo que "indiram-se" com a melhora do filho e que deviam saber que "essas coisas acontecem com prematuros". Após escutá-la, tento singularizar o bebê dizendo à mãe que, embora entendam sobre prematuridade, trata-se de Caio, filho deles. Digo-lhe que, por isso, se torna tão difícil lidarem com essas questões. Além de ser comum aos pais de prematuros repetirem os diálogos médicos, os pais de Caio tinham a preocupação de acompanhar sites e aplicativos sobre desenvolvimento infantil buscando esses marcadores no filho. Posteriormente, a mãe se tranquiliza e, mesmo que Caio duma, ambas dirigem-se à ele.
EIXO II: ESTABELECIMENTO DA DEMANDA (ED)	
Síntese das operações	Exemplo do comparecimento do Eixo II Caso 3 - Caio (5 meses) - Contexto: Casa da família - acompanhamento pós-alta
<ul style="list-style-type: none"> Diálogo mãe-bebê que desloca o grito para a função de apelo A voz e visão, escutar e olhar, entrelaçam-se ao funcionamento pulsional Há mudança da manifestação das necessidades da criança para uma preferência A criança tenta convocar o outro 	Os pais contam-me que Caio chega a dormir mais de quatro horas ininterruptas à noite, acordando duas vezes por noite para mamar. Dizem notar que, quando amanhece, o filho acordava-se ficando irritado e incomodado por estar no quarto. Referem que ele "resmungava" "pedindo" aos pais que o levem para a sala. Explicam que Caio não gosta de ficar no quarto durante o dia.
Síntese das intervenções	Fragmentos clínicos de intervenção favorecedora do Eixo II Caso 4 - Daniela (7 meses) - Contexto: Casa da família - acompanhamento pós-alta
<ul style="list-style-type: none"> Favorecer o contato, gradativo, dos pais com o bebê na UTIN Nomear as respostas do bebê diante da presença dos pais e de suas convocações Favorecer a troca de olhares e contato corporal sustentando-se a posição dos pais e/ou do bebê Auxiliar os pais a identificar e nomear as expressões gestuais e sonoras do bebê Propiciar momentos de troca e/ou cuidados parentais na UTIN (ex.: auxiliar no banho, segurar a seringa que alimenta o bebê, etc.) 	Nesse acompanhamento a bebê interage pouco, mas quando a chamo, vem em resposta. Não solicita a mãe permanecendo quieta quase todo o tempo. A mãe diz estar "comodada" e "satisfeita", inclusive, rememora a perda da outra filha. Além disso, recentemente, Daniela teve várias intercorrências indo ao pronto atendimento e ao hospital. Dirijo-me à Daniela, falo em manhês a incluindo nas conversas a fim de convocá-la para que pudesse, posteriormente, convocar. Também, apoio-me em sua amázinha que mostra mais condições hoje de interagir (a mãe parece deprimida). Aponto que a bebê interessa-se pelas brincadeiras da irmã, assim como, falo com Daniela e por ela fazendo a mãe e a amázinha olhã-la.

345

Figura 4

SÍNTESE DAS OPERAÇÕES PSÍQUICAS E INTERVENÇÕES REFERENTES AOS EIXOS III E IV DO IRDI

EIXO III: ALTERNÂNCIA PRESENÇA-AUSÊNCIA (PA)	
Síntese das operações	Exemplo do comparecimento do Eixo III
<ul style="list-style-type: none"> • Há descontinuidade das satisfações imediatas do bebê • A mãe oferece um espaço para que o bebê possa se precipitar/responder • Capacidade do bebê de se separar do seu Outro 	<p>Caso 1 - Antônio (2 meses) - Contexto: A mãe está ao lado do berço do bebê na UTIN enquanto ele dorme</p> <p>Enquanto Antônio dorme no berço aquecido, a mãe fala em manhês sobre o filho <i>ses "gostoso", "limão",</i> sobre sua vontade de pegá-lo e de suas manifestações corporais. O bebê abre os olhos, a olha, franze a testa e levanta os braços. Seus atos são nomeados pela mãe que "fala por ele" (<i>"Ah! que giguica", etc.</i>) O bebê mexe-se no berço e a mãe pergunta-lhe se quer colo, encosta suas mãos nele e aguarda sua resposta antes de pegá-lo. Após um tempo, volta a perguntar e, quando ele estica o corpo movimentando-se no berço, ela "entende" que ele quer que o pegue e o tira do berço falando com ele.</p>
Síntese das intervenções	Fragmentos clínicos de intervenção favorecedora do Eixo III
<ul style="list-style-type: none"> • Amparar a posição do bebê nas interações demarcando suas manifestações e seu lugar na interação • Favorecer a fala como intermediário intervalo às solicitações do bebê (ex: tentar acalmar o bebê através da incubadora quando não é possível pegá-lo, etc.) • Fazer a leitura e incentivar as ações da criança 	<p>Caso 2 - Bruno (2 meses) - Contexto: Bebê no colo da mãe na sala do Método Canguru na UTIN</p> <p>Bruno chora no colo da mãe e isso parece angustiá-la, fica em pé, e embala e fala com ele. Coloco-me ao lado deles e a mãe sinaliza-me o mal-estar do filho demonstrando preocupação por não conseguir acalmá-lo. Dirijo-me a Bruno em manhês traduzindo seu incômodo, falando com ele e por ele direcionando-me à mãe. A mãe reconhece que o bebê está com fome, porém, tem dificuldade de sugar no seio e aguarda que a equipe traga o leite e lhe dê com a seringa. Ainda que a mãe não possa atendê-lo (alimentá-lo), apoio suas ações (fala e canta para ele, embala, consola), principalmente, por ser novo para ela a possibilidade de cuidá-lo (só a equipe da UTIN o cuidava). Bruno acalma-se por um período e é alimentado.</p>
EIXO IV: FUNÇÃO PATERNA (FP)	
Síntese das operações	Exemplo do comparecimento do Eixo IV
<ul style="list-style-type: none"> • A criança começa a experimentar e aceitar outras trocas diversificando suas experiências de prazeres (como na aceitação de outra alimentação que não o leite materno) • A criança percebe que alguns comportamentos não são permitidos 	<p>Caso 4 - Daniela (12 meses incompletos) - Contexto: Casa da família - acompanhamento pós-alta</p> <p>Durante o acompanhamento pós-alta, questiono à mãe sobre a introdução de alimentos semi-sólidos e sólidos, respondendo-me que Daniela <i>"come de tudo",</i> que não há restrição comendo o mesmo que os demais irmãos (iniciou aos dez meses). Neste dia, observa-se a bebê comer "sorvete" e "mortadela" com prazer, o que também parece satisfazer à mãe. Outro aspecto abordado neste encontro é a menção da mãe de que Daniela é <i>"bem experta"</i> porque <i>"já reconhece o que é não"</i> relatando um episódio em que a bebê joga o celular da mãe no chão e lhe diz <i>"Não!",</i> ao que a filha balança a cabeça (sinal de negativo) parando de jogá-lo.</p>
Síntese das intervenções	Fragmentos clínicos de intervenção favorecedora do Eixo IV
<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a iniciativa dos pais de ofertar objetos e brinquedos ao bebê • Amparar a retomada dos pais para seus outros interesses além do bebê • Encorajar os pais para que sinalizem seus afastamentos para o bebê ajudando-o a simbolizá-los • Estimular a iniciativa dos pais de colocarem pequenas regras para a criança 	<p>Caso 1 - Antônio (12 meses incompletos) - Contexto: Casa da família - acompanhamento pós-alta</p> <p>A mãe diz notar que Antônio demonstra perceber quando ela sai de casa parecendo <i>"sentir sua falta",</i> o que causa a ela incômodo. Por isso, costuma sair sem se despedir dele (<i>"acomodada"</i>) dizendo <i>sem "vista despedir-se"</i>. Aponto-lhe que Antônio <i>"é muito esperto"</i> e que é muito importante que ele já reconheça o afastamento da mãe, assim como, sua chegada (a mãe relata que ele <i>"foca feição"</i> ao vê-la chegar). Contudo, digo-lhe que precisamos ajudá-lo a lidar bem com essa "separação", sinalizando para ele que os pais saem, mas retornam. Proponho, por exemplo, que, antes de sair conte a Antônio que irá trabalhar e que logo volta, que sua avó ficará com ele, etc. Mostro-me compreensiva à sua dificuldade de despedir-se, orientando-a a fazer "do seu jeito" e sem alongar-se na despedida. Possivelmente, essas questões remetem às vivências da UTIN.</p>

346

1) *Suposição de um sujeito*

Durante a internação, nos quatro casos, os pais identificavam características físicas suas (ou de familiares) no bebê (exemplo: *"É a minha cara", "O nariz é da minha família"*), mostravam-se vinculados, faziam uso do manhês,⁸ olhavam e tocavam (mesmo na incubadora) no bebê. Nomeavam as manifestações do bebê (exemplo: franzir a testa, mexer-se na incubadora) como tendo intenções ou indicando preferências (exemplo: *"Não gosta de ser colocado desse lado"*). Observou-se a percepção dos pais de que o bebê respondia quando se aproximavam da incubadora ou falavam e, até mesmo,

⁸ Língua usada pela mãe, com registro de voz mais alto, maior ritmo prosódico e contornos de entonação, maior frequência de repetições contendo informações afetivas que convocam o bebê (Laznik, 2011).

interpretavam desconforto nos bebês quando se despediam (exemplo: “*Tá, não chora! Depois a mãe vem!*”).

Laznik (2016), em referência ao Esquema Ótico de Bouasse em Lacan, situa que o olhar dos pais⁹ faliciza o bebê o tomando como *His Majesty the Baby* fazendo surgir a ilusão antecipadora que permite que vejam no bebê além de um organismo (Real) inserindo-o no registro pulsional. Posteriormente, esse olhar servirá como espelho para o bebê (Laznik, 2016). O narcisismo dos pais é colocado à prova diante do filho prematuro frágil, que está na incubadora cercado de aparelhos, distanciando-se do bebê sonhado, em que podiam se reconhecer (Mathelin, 1999). Contudo, nos casos, mesmo com os entraves da prematuridade e da UTIN, foi possível aos agentes parentais, num ato de antecipação, ver um sujeito no bebê. Segundo Kupfer et al. (2009), isso fará com que o bebê busque corresponder ao que se espera dele.

A aproximação e vinculação dos pais ao bebê foi gradual. Notou-se que a maior permanência dos pais na UTIN, maior direcionamento ao bebê falando com ele e, sobretudo, por ele, ocorreu após melhora no quadro clínico. O pai de Antônio verbaliza que “*conseguiram ficar mais tempo depois que ele começou a ter uma reação*” (exemplo: mexer-se, abrir os olhos), inclusive, as mães referiram que, após a prescrição do colo (forma tratada na UTIN), “*não tinham vontade de ir embora da UTIN*”. Nos primeiros dias, Antônio, Caio e Daniela estavam entubados, o que obstaculiza o contato porque os bebês pouco se movimentavam e seus sons (exemplo: choro e tosse) não podiam ser ouvidos pelos pais e tomados como tentativas de interação.

Assim como os pais precisam investir no bebê, necessitam ser por ele investidos. Isso, em prematuros, pode ser mais demorado pela imaturidade biológica (menos ativo, tem respostas mais lentas, coberto de equipamentos etc.). Marchetti e Moreira (2015) mencionam que a proximidade com o bebê requer tempo, sendo influenciada por sua evolução clínica, ganho de peso, diminuição de medicamentos e equipamentos, pelas notícias médicas mais positivas e pelas repostas do bebê.

Elucidam-se essas questões com Daniela, que, após a morte de sua irmã gêmea continua grave, dormindo a maior parte do tempo. A mãe permanecia quieta e entristecida ao lado da incubadora falando-lhe baixinho. Ao chegar, dirigia-me à bebê sinalizando pequenos progressos em tom de manhês (exemplo: ganho de peso, movimentos), o que fazia a mãe sorrir e olhá-la.

Nos encontros pós-alta, essa operação continuou sendo evidenciada através das trocas interativas observadas entre pais-bebês, que usavam

⁹ Não se trata dos pais da realidade, mas dos pais no exercício das funções parentais.

manhês, trocavam olhares e seguiam traduzindo as produções do bebê. Mesmo que a chegada em casa tenha sido difícil para todos os pais, principalmente no Caso 1 (chorava, apresentava desconforto respiratório) e no Caso 4 (“afogava-se” pelo Refluxo, difícil rotina materna), os pais foram apropriando-se dos cuidados dos(a) filhos(a), mostrando-se mais seguros. No decorrer do acompanhamento, os pais foram deixando os protocolos médicos (exemplo: cuidados excessivos para a criança “*não pegar vento*” ou “*não ser contaminada*”) e encontrando uma forma particular de cuidar o(a) filho(a).

É árduo o trabalho dos pais de prematuros que devem investir em um filho com o risco de perdê-lo, não podem carregá-lo nos braços, vestem trajes esterilizados como profissionais e, muitas vezes, sentem-se inúteis e responsáveis pelo que acontece ao bebê (Druon, 1999). Quando há entraves no suposto saber parental não permitindo que vejam no bebê mais do que um corpo frágil e máquinas que o mantém vivo, deve-se intervir (re)situando os pais diante do filho que carece de significações.

Após a alta, o favorecimento deste eixo aparece na sessão de fisioterapia de Antônio (três meses), que chorava angustiando a mãe que repetia: “*Eu não vou aguentar*” (por vê-lo chorar “*sem poder fazer nada*”). Dirijo-me a ele lendo seu mal-estar e, inclusive, o da mãe. Acalma-se, mas retoma a “*queixa*”. Solicito pausar a sessão propondo à mãe que tente acalmá-lo. A mãe o pega, fala com ele fazendo-o parar de chorar. As sessões seguem difíceis e, além de escutá-la, propus que pensasse com a fisioterapeuta como minimizar o sofrimento dos dois (exemplo: fazendo pausas na sessão, colocando-se à frente do bebê falando com ele), que antecipasse ao filho a sessão dizendo-lhe que o ajudaria a brincar, a sentar e a caminhar). Esperava-se sustentar a capacidade materna de traduzir as produções e cuidar do bebê, sem deixá-lo como objeto de cuidados médicos.

2) *Estabelecimento da demanda*

No período em que os bebês estavam na UTIN, a expressão desse eixo foi observada nas cenas em que todos os bebês acompanhados se mostravam receptivos ao outro, acalmando-se com a fala, toque e colo. Por serem pequenos prematuros e serem, cotidianamente, submetidos a manuseios, intervenções dolorosas, sons e luzes invasivas, merecem cuidado especial quanto à forma de aproximação e contato. Incentivou-se o contato gradativo dos pais ajudando-os antecipar ao bebê sua chegada e a identificar suas respostas (exemplo: observarem como gostavam ou não de serem tocados). Quando os

pais se afastavam, diante de fantasias de que prejudicavam os bebês, escutava-os, valorizava-se a presença deles e nomeava-se, por exemplo, que os bebês não sabiam lidar com a emoção de vê-los fazendo-os aumentar a frequência de batimentos cardíacos.

Batista (2016) refere não ser incomum que os bebês que nascem com alguma fragilidade orgânica ou que ficam longo período hospitalizados causem uma ruptura no saber parental, interferindo na relação pais-bebê. As primeiras intervenções pais-bebê visam reposicionar o lugar do bebê no imaginário parental permitindo-lhes incluir esse filho real na história familiar (Batista, 2016). Todavia, mesmo na UTIN, notava-se esforço dos bebês para olhar os pais reconhecendo sua presença. Essa cena é ilustrada pela mãe de Antônio que, ao aproximar-se do berço aquecido fala-lhe em manhês, ao que responde mexendo-se, franzindo a testa e choramingando. A mãe logo percebe que “*ele está incomodado com os óculos*” (proteção ocular) dizendo-lhe que sabe que gostaria de vê-la. Ao tirá-lo, o bebê acalma-se e a olha.

Um aspecto evidenciado na UTIN, ampliando-se após a alta, foi a capacidade parental de identificar os choros do(a) bebê. Observou-se que, de início, essas nomeações eram mais relacionadas a sensações físicas do bebê (exemplo: “*Está com fome*”, “*Não gosta que mexam nele*”). Posteriormente, com a melhora da situação clínica do bebê e com as intervenções que buscavam, entre os outros aspectos, traduzir as produções do bebê diante dos pais, começaram a situar questões mais subjetivas dizendo, por exemplo, que chorava porque “*sentia falta deles*” ou “*queria ser pego no colo*”.

Durante o primeiro ano de vida, pôde-se testemunhar os bebês começarem a sorrir, depois gargalhar; vocalizar e balbuciar. Igualmente, expressar-se de diferentes formas mostrando desagrado ou que gostavam de algo (exemplo: de algum alimento, objeto ou brincadeira). Observou-se que os bebês imitavam gestos dos demais para chamar a atenção tossindo, batendo palmas ou fazendo gesto de beijo.

A ocorrência desses marcadores se deu de forma similar em todos os casos, porém Antônio esboçou o primeiro sorriso dirigido ainda na UTIN ao voltar do outro hospital (local onde era cuidado pelos pais). Outra diferenciação ocorreu com Daniela, que interage menos após recorrentes intercorrências (reinternações, mãe deprimida etc.) ampliando-se o acompanhamento para sustentar mãe e filha. Escutavam-se a mãe e as manifestações da bebê interagindo-se com ela, inclusive, sustentando a presença materna (exemplo: apontavam-se as convocações da bebê para a mãe, falava-se no lugar da bebê e com ela).

Um acompanhamento de prevenção em saúde mental implica que não se saiba, previamente, o que vai se produzir, sendo fundamental que o profissional esteja pronto para escutar o que vai emergir na história do pequeno sujeito (Bernardino et al., 2012). Cada dia de acompanhamento era singular, a posição da psicóloga e as demandas dos pais-bebês definiam-se em cada encontro.

3) *Alternância presença-ausência*

No que tange a este eixo na UTIN, compareceu, sobretudo, a disponibilidade parental de supor que o bebê era capaz de responder a uma proposição, dando-lhe espaço para que pudesse surgir. Nos casos, via-se, desde o período de internação, um respeito ao sujeito pelos pais. Observava-se que os pais reposicionavam os(a) bebês no colo diante de queixas (exemplo: choramingavam, agitavam-se) questionando-lhes se “fica melhor desse jeito” readaptando seus atos a partir das respostas (gestuais ou sonoras) da criança, assim como também arrumavam a posição do bebê no berço aquecido aguardando algum sinal em resposta.

Esses intervalos entre a demanda da criança e da mãe (e vice-versa) podiam ser visualizados quando os bebês paravam de chorar, por exemplo, diante da fala ou do toque dos pais, ou seja, os choros deixaram de ser ininterruptos passando a constituir mensagens ao outro. É diante da experiência de descontinuidade que a criança pode vir a se constituir como um ser autônomo e singular (Centro Lydia Coriat, 2018). Além de sustentar e antecipar as produções do bebê, o agente materno precisa oferecer espaço para que ele possa se precipitar numa ação (Pesaro, 2010). Incentivou-se os pais que, por exemplo, perante o choro ou alguma manifestação de desconforto dos bebês na incubadora falassem com eles. Embora, possivelmente, os bebês não tivessem registrado a presença e ausência do outro nesse momento precoce da vida, principalmente porque que estavam fisicamente separados pela UTIN e incubadoras; sustentava-se a possibilidade dessa operação.

Após a saída da UTIN outros indicadores importantes desse eixo surgiram, como a capacidade de adormecer, diferenciando dia e noite. Bruno e Caio foram os que mais rapidamente organizaram os ritmos de sono. Após a alta, os pais verbalizaram que nenhum dos dois gostava de ficar no quarto durante o dia, fazendo sons e gestos para acordar os pais. Já Antônio foi o bebê que mais demorou a dormir bem, o que, possivelmente, relacionava-se com sua dificuldade respiratória, fase estressante para os pais. Daniela dormia

bem logo que foi para casa, porém, a mãe não dormia vigiando-a por medo que se “afogasse”, o que ocorreu diversas vezes. Posteriormente, a bebê começa a trocar os turnos de sono, o que só se estabiliza aos 12 meses.

Um dado interessante que apareceu após a chegada das crianças em casa foi a percepção dos pais de que os filhos(a) sentiam seu afastamento, principalmente com Antônio e Bruno quando os pais retornaram ao trabalho. Os pais de Bruno notavam que ele “ficava triste” se precisasse ficar longe dos dois. Caio foi para escola aos oito meses, aceitando bem o afastamento dos pais e, ao mesmo tempo, ficando “muito feliz” ao reencontrá-los. Daniela não teve a experiência de ficar longe da mãe, pois nunca a deixou com ninguém por muito tempo dizendo que o intervalo era “entre uma mamadeira e outra” porque nem mesmo o pai tinha “coragem” de alimentá-la.

Percebeu-se que esse distanciamento foi mais custoso para os pais do que para os bebês. Apenas os pais de Antônio relataram sentirem-se “aliviados” de voltar ao trabalho devido ao estresse vivido na UTIN e na chegada em casa. Os pais de Bruno e Caio notaram dificuldade de retomar o trabalho e ter que ficar longe dos filhos.

Diferentemente dos demais, a mãe de Daniela voltou a trabalhar logo que a bebê teve alta, contudo, por trabalhar em sua casa, os quatro filhos ficavam sob seus cuidados. Notava que a bebê não gostava de “perdê-la de vista” ficando tranquila se estivesse próxima à mãe. É somente perto dos 12 meses, que a mãe considera colocá-la na escola e deixá-la sob os cuidados da madrinha para se ausentar dizendo imaginar que ficaria bem. Caio e Daniela já estranhavam pessoas desconhecidas.

O que passou os quatro casos após a alta foi certa dificuldade dos pais em ouvir o bebê chorar, tendo que atendê-lo imediatamente. Exemplo disso ocorreu com Antônio, como relatado, e com Caio (cinco meses) quando os pais são “repreendidos” pela pediatra porque “não o deixavam chorar”. Todavia, em nenhum dos casos, isso se prolongou e, aos poucos, os pais permitiram certo afastamento. Talvez, a dificuldade inicial fosse efeito da precoce separação na UTIN.

Marchetti e Moreira (2015) sinalizam que a hospitalização desorganiza a dinâmica familiar e surgem sentimentos de impotência, incapacidade, preocupação, angústia, medo e insegurança. Possivelmente essas experiências tenham contribuído para o afastamento mais doloroso após a alta. Entretanto, a angústia inicial de retornar ao trabalho e o temor de deixar com outra pessoa, não chegou a obstaculizar a constituição subjetiva. Gradualmente, pais e bebês mostraram suportar o distanciamento sem ser, ao mesmo tempo, indiferente a ele.

4) *Função paterna*

Nesta operação psíquica, o primeiro marcador a surgir foi a aceitação da alimentação, o que ocorreu satisfatoriamente nos quatro casos. Antônio teve a inserção alimentar mais tarde pelos comprometimentos que teve, ao contrário de Daniela que iniciou a alimentação antes da orientação médica porque a mãe “queria vê-la engordar mais rápido”. Os pais notaram que os bebês “comiam com prazer” e que os bebês compreendiam que “a comida os alimentava como o leite”.

Pesaro (2010) atribui que a aceitação de outra alimentação, que não o leite materno, evidencia a entrada da criança na cultura (campo do Outro) coloca-a em posição mais ativa, na medida em que descobre outras fontes de prazer e as procura. Frisa que há efeitos disso sobre a mãe, que marca sua incompletude.

Precocemente, surgiram elementos essenciais à operação da Função paterna. Próximo de um ano de idade, todas as crianças brincavam com brinquedos e compreendiam as brincadeiras com os pais. Daniela gostava de brincar com as maquiagens da mãe, embora ficasse bastante exposta ao celular e à televisão. Bruno, aos dez meses, brincava de esconde-esconde usando o andador para se locomover e procurar os pais. Nos quatro casos, os pais identificavam preferências nas crianças descrevendo o que mais gostavam (exemplo: dançar, pular, olhar desenho, passear).

No último acompanhamento, os bebês já pronunciavam as primeiras palavras (exemplo: “ouou” – vovô, “mamã” – mamãe). O processo evolutivo da fala, para Catão (2010), não é instintivo ou efeito cronológico porque é preciso que, primeiramente, a prosódia materna (manhês) dê suporte aos significantes funcionando como o primeiro objeto pulsional para o bebê, que aceita alienar-se no campo do Outro. Assim, futuramente, o bebê começa a corresponder ao investimento dessa voz com balbucios e vocalizações passando, progressivamente, ao exercício da fala (Catão, 2010). Quanto ao desenvolvimento motor, apenas Daniela não se sentava sem apoio, nem ficava de pé aos 12 meses recomendando-se avaliação motora.

Próximo aos bebês completarem um ano de idade, evidencia-se que os pais de Bruno e Caio incentivam a independência dos filhos deixando-os explorar sozinhos os ambientes, caírem e levantarem-se sem ajuda (quando possível) e os deixavam comer bolachinhas com as próprias mãos. Percebeu-se que os pais de Bruno e Daniela haviam iniciado a introdução de pequenas regras sinalizando-lhes que algumas atitudes não eram permitidas.

Jerusalinsky (2000) menciona não ser raro que, diante dos impasses que os pais vivem com o filho prematuro, haja entraves no exercício das funções parentais. Orienta, então, que as intervenções atentem para isso ressignificando essas funções para que não incidam no desenvolvimento e na constituição psíquica da criança. Todavia, as constatações descritas acima quanto ao eixo da Função paterna, sinalizam que ela já estava em curso, ainda que se trate de nascidos prematuros.

Nos quatro casos houve um desenrolar favorável da constituição psíquica das crianças no primeiro ano de vida, resultados otimistas, visto que a literatura aponta alta incidência de problemas no desenvolvimento de prematuros (Fevang et al., 2016; Johnson & Marlow, 2014; Laerum et al., 2017; Lieshout et al., 2015; Lindstrom et al., 2009; Linsell et al., 2016; Woodward et al., 2009). É preciso considerar que cada família tem sua forma particular de lidar com os acontecimentos; além disso, possivelmente o acompanhamento oferecido deu suporte para o exercício das funções parentais, facilitando o percurso subjetivo dos bebês.

Considerações finais

353

O estudo revelou que a prematuridade e a internação em UTIN não impediram o comparecimento das operações fundamentais à constituição do psiquismo até os 12 meses de vida. As operações esperadas em cada fase compareceram, independentemente da imaturidade orgânica do bebê, o que evidencia que o IRDI incide na relação pais-bebê e não sobre o bebê não havendo, assim, a necessidade de usar a idade corrigida no instrumento. Possivelmente essas operações puderam se efetivar pela incidência da terapeuta durante o primeiro ano de vida da criança. Destaca-se a relevância do IRDI, sobretudo quando utilizado como um norteador da escuta das produções do bebê diante do Outro.

Não se pretendeu demonstrar a avaliação psíquica das crianças, mas sim, narrar o acompanhamento psicanalítico ao longo do primeiro ano de vida. Pode-se evidenciar a potencialidade de um acompanhamento desse tipo quanto à promoção de saúde mental, na medida em que sustenta pais e bebês favorecendo a relação, bem como, enquanto prevenção em saúde mental, atuando precocemente diante de pequenos sinais de alerta.

Nota-se que um atendimento na UTIN e com bebês organicamente fragilizados implica uma dimensão única da imprevisibilidade. Os ritmos parentais

eram, inúmeras vezes, orientados pelos ritmos clínicos do bebê, que ora melhoravam, ora tinham significativas pioras. O inverso, indubitavelmente, ocorria precisando-se sustentar a posição do bebê diante de seus pais a fim de que continuassem a investi-lo, já que na UTIN não há garantia de vida, o que inclui a vida psíquica.

Outro aprendizado deu-se quanto à constatação de que na clínica precoce as intervenções são sutis. Não se espera grandes interpretações (eventualmente, podem ocorrer) ou atuações do terapeuta. Espera-se que esteja presente com seu corpo e psiquismo, permitindo-se escutar o indizível de pais e bebês e lendo, até mesmo, o que ainda não pode comparecer nas produções do bebê.

Salienta-se que, como todo estudo, há limitações. Entre elas, há a dificuldade de recrutar pais e bebês para a pesquisa nesse contexto vulnerável como a UTIN. Aliado a isso, pela própria urgência inerente a esse ambiente, ocorriam interferências diversas nos acompanhamentos, como a presença de outros pais ou da equipe (por vezes, inibia os pais) e intercorrências com os bebês que interrompiam o acompanhamento. Trabalhar com a urgência de vida exigiu da psicóloga lidar com sua própria relação com as perdas e a finitude da vida porque, recorrentemente, apostava-se em pequenos sujeitos que vinham a falecer tendo-se que amparar pais e profissionais. É preciso, um eterno (re)fazer clínico, pois não se sabe em qual posição e como será demandada a cada encontro; posição singular da terapeuta que apareceu em cada um dos casos, exigindo uma maleabilidade.

Há muito a ser explorado no campo da promoção e prevenção em saúde mental com prematuros e quanto a intervenções precoces em UTIN. Infelizmente, pouco se investe em medidas desse tipo, contudo, estudos que permitam mostrar ganhos clínicos nesse âmbito tendem a ampliar a inserção de profissionais ancorados na psicanálise que possam ser facilitadores na constituição psíquica. Evita-se, desse modo, a instalação de psicopatologias com prejuízos de alto custo para pais, crianças e sistemas de saúde.

Referências

- Batista, C. A. M. (2016). Por um bom início – Acompanhamento de bebês. In M. C. Kupfer, & M. Szejer (Eds.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (2ª ed.; pp. 54-62). Instituto Langage.
- Brasil (2016). Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf>.
- Bernardino, L. M. F., Corradi, T., Pereira, S., & Ribeiro, R. (2012). Sala da “Mamãe coruja”: um espaço para a circulação da palavra entre mães e filhos. In M. C. Kupfer, L. M. Bernardino, & R. M. Mariotto (Eds.), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (pp. 201-211). Escuta/Fapesp.
- Catão, I. (2010). A voz na clínica psicanalítica com os que não falam. In D. C. Barbosa, & E. Parlato-Oliveira (Eds.), *Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância* (pp. 112-123). Instituto Langage.
- Centro Lydia Coriat (2018). Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In *Apostila do Curso de Capacitação IRDI*. (pp.1-41). Porto Alegre.
- Chawanpaiboon, S. et al. (2018). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*, 7(1), e37-e46. [https://doi:10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi:10.1016/S2214-109X(18)30451-0).
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (2ª ed.; pp. 35-54). Ágalma.
- Fevang, S. K. E., Hysing, M., Markestad, T., & Sommerfelt, K. (2016). Mental Health in Children Born Extremely Preterm Without Severe Neurodevelopmental Disabilities. *Pediatrics*, 137(4), e2015-3002. <https://doi:10.1542/peds.2015-3002>.
- Jerusalinsky, J. (2000). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 5(8), 49-63. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v5i8p49-63>.
- Jerusalinsky, J. (2018). A especificidade do bebê e os tempos do sujeito (Prólogo). In A. M. R. Vorcaro, L. C. Santos, & A. O. Martins (Eds.), *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 9-17). Artesã Editora.
- Johnson, S., & Marlow, N. (2014). Growing up after extremely preterm birth: Lifespan mental health outcomes. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19(2), 97-104. <https://doi:10.1016/j.siny.2013.11.004>.
- Kupfer, M. C. M., & Bernardino, L. M. F., (2018). IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à polis. *Estilos da Clínica*, 23(1), 62-82. <https://doi:10.11606/issn.1981-1624.v23i1p62-82>.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., ... Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68. Retrieved from: <http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf>.

- Lacan, J. (2008). *O seminário. Livro 3. As psicoses* (2ª ed.; A. Menezes, Trad.). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-56).
- Laerum, A. M., Reitan, S. K., Evensen, K. A., Lydersen, S., Brubakk, A. M., Skranes, J., & Indredavik, M. S. (2017). Psychiatric Disorders and General Functioning in Low Birth Weight Adults: A Longitudinal Study. *Pediatrics*, *139*(2): e20162135. <https://doi:10.1542/peds.2016-2135>.
- Laznik, M. C. (2011). Linguagem e comunicação do bebê de zero aos três meses. In M. C. Laznik, & D. Cohen (Eds.), *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp. 93-100). Instituto Langage.
- Laznik, M. C. (2016). Podemos pensar uma clínica do nó borromeo que distingue a psicose do autismo nos bebês? In M. C. Laznik, B. Touati, & C. Bursztein (Eds.), *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância* (pp. 27-56). Instituto Langage.
- Lieshout, R. J. V., Boyle, M. H., Saigal, S., Morrison, K., & Schmidt, L. (2015). Mental Health of Extremely Low Birth Weight Survivors in Their 30s. *Pediatrics*, *135*(3), 453-459. <https://doi:10.1542/peds.2014-3143>.
- Lindstrom, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2009). Psychiatric morbidity in adolescents and young adults born preterm: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*, *123*(1), e47-53. <https://doi:10.1542/peds.2008-1654>.
- Linsell, L., Malouf, R., Johnson, S., Morris, J., Kurinczuk, J., & Marlow, N. (2016). Prognostic Factors for Behavioral Problems and Psychiatric Disorders in Children Born Very Preterm or Very Low Birth Weight: A Systematic Review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *37*(1), 88-102. <https://doi:10.1097/DBP.0000000000000238>.
- Marchetti, D., & Moreira M. C. (2015). Vivências da Prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? *Revista Psicologia e Saúde*, *7*(1), p. 82-89. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100011>.
- Mariotto, R. M. (2016). O Instrumento IRDI no campo da saúde. Aplicações, implicações e reflexões. In M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. Moretto (Eds.), *Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde* (pp. 183-201). Escuta.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda* (P. Abreu, Trad.). Cia. de Freud.
- Moreira, M. E. L., Rodrigues, M. A., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Conhecendo uma UTI neonatal. In M. E. L. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* [online]. Editora Fiocruz, 2003. Criança, Mulher e Saúde collection, pp. 29-42. <https://doi:10.7476/9788575413579>.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda* (P. Abreu, Trad.). Cia. de Freud.

- Nieto, G., & Bernardino, L. M. F. (2012). Interação e atenção à família do recém-nascido pré-termo. In T. I. J. S. Riechi, & M. V. L. Moura-Ribeiro (Eds.), *Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo* (pp. 35-45). Revinter.
- Passini, R., Cecatti, J. G., Lajos, G. J., Tedesco, R. P., Nomura, M. L., Dias, T. Z., ... Sousa, M. H. (2014). Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. *PLoS ONE*, 9(10): e0116843. <https://doi:10.1371/journal.pone.0109069>.
- Pesaro, M. E. (2010). *Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-09112010-114133/publico/pesaro_do.pdf>.
- Ribeiro, A. C. P. (2018). Articulações sobre os impactos psíquicos da vivência de dor na UTI neonatal nos bebês prematuros e a metapsicologia de Freud. In A. M. R. Vorcaro, L. C. Santos, & A. O. Martins (Eds.), *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 185-203). Artesã Editora.
- Sampieri, H. R., Collado, F. C., & Lucio, P. B. M. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.; D. V. de Moraes, Trad.). Penso.
- Santos, L. C., & Vorcaro, A. M. R. (2018). Implicações da doença e da hospitalização ao nascer. In A. M. R. Vorcaro, L. C. Santos, & A. O. Martins (Eds.), *O bebê e o laço social: uma leitura psicanalítica* (pp. 237-277). Artesã Editora.
- United Nations Children's Fund & World Health Organization (2004). *Low birthweight: country, regional and global estimates*. UNICEF, New York. <<https://www.who.int/publications/i/item/9280638327>>.
- Vanier, C. (2013). Os mecanismos operantes no desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e os riscos eventuais de patologia. In M.-C. Busnel, & R. G. Melgaço (Eds.), *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê* (E. Parlato-Oliveira, R. E. O. G. Kelly, J. H. B. Machado, & R. G., Melgaço, Trans.; pp. 49-58). Instituto Langage.
- Woodward, L. J., Moor, S., Hood, K. M., Champion, P. R., Foster-Cohen, S., Inder, T. E., & Austin, N. C. (2009). Very preterm children show impairments across multiple neurodevelopmental domains by age 4 years. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 94(5), F339–F344. <https://doi:10.1136/adc.2008.146282>.
- World Health Organization (2018). *Preterm birth*. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamentos e métodos* (5ª ed.; C. M. Herrera, Trad.). Bookman.

Resumos

(Subtle intervention: psychoanalytic follow-up of parents and premature babies)

Brazil features a high number of premature births and although the technologies of the Neonatal Intensive Care Units (USINs) increase their survival, losses occur as well. In addition to the urgency of the body, there is also a subjective factor, as the babies are separated from their parents, handled, and subjected to painful procedures, lacking representations. This article describes a psychoanalytic follow-up involving four extremely premature and very premature babies and their parents to favor their psychic constitution from their admission to the USIN to 12 months of age. A qualitative study of multiple cases and a synthesis of crossed cases were performed using Clinical Child Development Risk Indicators (IRDIs). We highlight the emergence of fundamental operations for the constitution of the psyche and the potential of psychoanalytic monitoring in the promotion and prevention of mental health.

Key words: Prematurity, psychoanalytic follow-up, psychic constitution, IRDI

(Intervention subtile: suivi psychanalytique de parents-bébés prématurés)

358 *Le nombre de naissances prématurées dans le pays est élevé, même si les Unités de Soins Intensifs Néonatales (USINs) augmentent la survie il y a la possibilité de quelques pertes. Au-delà de l'urgence du corps, il y a la subjectivité, tandis que les bébés sont séparés de leurs parents, sont manipulés et soumis à des procédures douloureuses, en absence des représentations. L'objectif est de faire le rapport du suivi psychanalytique de quatre bébés de prématurité extrême et grande, et ses parents, afin de favoriser la constitution psychique depuis l'admission dans l'USIN jusqu'à 12 mois de vie. L'étude réalisée dans le cadre de la recherche est une approche qualitative de cas multiples et une synthèse des cas qui ont été superposés à l'aide des Indicateurs Cliniques de Risque pour le Développement Infantile (IRDIs). La recherche a souligné l'urgence des opérations fondamentales pour la constitution psychique et la potentialisation des suivis psychanalytique en promouvoir la santé mentale et aussi dans la prévention.*

Mots clés: Prématurité, suivi psychanalytique, constitution psychique, IRDI.

(Una intervención sutil: acompañamiento psicoanalítico de padres y bebés prematuros)

El número de nacidos prematuros en Brasil es alto y, aunque las tecnologías de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) aumentan la supervivencia, puede haber daños. Además de la urgencia del cuerpo, también existe la subjetiva, porque los bebés son separados de sus padres, manipulados y sometidos a dolorosos procedimientos, careciendo de representaciones. Se buscó narrar el acompañamiento

ARTIGOS

psicoanalítico realizado con cuatro bebés, prematuros extremos y muy prematuros, y sus padres, con el fin de favorecer la constitución psíquica desde la hospitalización en la UCIN hasta los 12 meses de vida. Se realizó un estudio cualitativo de casos múltiples y la síntesis de casos cruzados, utilizando los Indicadores de Riesgo para el Desarrollo Infantil (IRDI). Fue posible observar la aparición de operaciones fundamentales para la constitución psíquica y también la potencialidad del acompañamiento psicoanalítico en materia de promoción y prevención en salud mental.

Palabras clave: Prematuridad, acompañamiento psicoanalítico, constitución psíquica, IRDI

359

Citação/Citation: Frantz, M. F., & Donelli, T. M. S. (2022, junho). Uma intervenção sutil: acompanhamento psicanalítico de pais e bebês prematuros. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 25(2), 333-360. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2022v-25n2p333.5>.

Editor/Editor: Prof. Dr. Nelson da Silva Junior

Submetido/Submitted: 27.2.2021 /2.27.2021 **Aceito/Accepted:** 31.3.2022 / 3.31.2022

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: Este trabalho não recebeu apoio. / This work received no funding.

Conflito de interesses/Conflict of interest: As autoras declaram que não há conflito de interesses. / The authors declare that there is no conflict of interest.

MARIANA FLORES FRANTZ

Psicóloga pela Universidade Franciscana – UFN (Santa Maria, RS, Br.); Especialista em Clínica Psicanalítica pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Campus Santa Maria (Santa Maria, RS, Br.); Mestra em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (Santa Maria, RS, Br.); Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos (São Leopoldo, RS, Br.).

Av. Unisinos, 950, sala E 01 111, Bairro Cristo Rei

93022-750 São Leopoldo, RS, Br.

mari.rflores@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5787-6474>

TAGMA MARINA SCHNEIDER DONELLI

Psicóloga pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos (São Leopoldo, RS, Br.); Especialista em Psicologia Hospitalar pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA (Santa Maria, RS, Br.); Mestra em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Porto Alegre, RS, Br.); Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos (São Leopoldo, RS, Br.).

Av. Unisinos, 950, sala E 01 111, Bairro Cristo Rei

93022-750 São Leopoldo, RS, Br.

tagmad@unisinos.br

<https://orcid.org/0000-0003-3083-0083>

360



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.