

# Do desencontro inicial à co-construção de relações intersubjetivas entre pais e bebês <sup>1</sup>

Maria Cecília Pereira da Silva<sup>2</sup>

Agradeço à diretoria da SBPSP, especialmente a Silvana Rea e Audrey Setton, pelo convite para participar dessa mesa e conversar sobre um tema que me é tão caro.

Neste trabalho, vou partir de três vinhetas clínicas de bebês que chegaram com indicadores de risco de desenvolvimento, para depois apresentar os indicadores psicanalíticos de desenvolvimento e de risco e, então, discutir a intervenção nas relações iniciais com estes pais e bebês.

*“Aurora está com nove meses e preocupa a gente porque, a noite, acorda umas seis, sete vezes, assustada, chorando, aí eu ponho a mão, falo mamãe está aqui, aí ela sorri e se acalma... Eu morro de dó e eu não tenho coragem de colocá-la no berço, porque eu fico com medo... Quando ela fica nervosa, ela puxa o cabelo, arranca e se arranha muito...Temos receio que seja autismo....”*

*Ale com um ano e oito meses, mama ao seio, quase não dorme, chora muito, não olha nos olhos, não fala, não atende aos chamados dos pais. Eles se perguntam se seria surdo ou autista, pois todas as informações do Google confirmam suas hipóteses.*

*Beto com dois anos não olha, não fala, quase não sorri e pouco brinca com o irmão. Dorme colado à cuidadora, acordando várias vezes para mamar, e vive em seu colo numa experiência sensorial. Sua pediatra aplicou o M-CHAT (Araujo et al., 2017) e informou de que Beto é autista.*

Essas três vinhetas<sup>3</sup> contam um pouco de bebês com déficits de desenvolvimento. Quando um bebê chega em uma família todos mudam de lugar: a filha/filho vira mãe/pai, a mãe/pai vira

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi apresentado na mesa “Diagnóstico precoce: quem, onde, como?”

” com Rogerio Lerner no eixo “Psicanálise e suas clínicas” do I Simpósio Bienal “O mesmo, o outro: Psicanálise em movimento” da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

<sup>2</sup> Psicanalista, membro efetivo e analista didata, e docente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. PhD em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Membro do Departamento de Psicanálise de Criança e Professora do Curso Relação pais-bebê: da observação à intervenção do Instituto Sedes Sapientiae. Coordenadora da Clínica 0 a 3 – Intervenção nas relações iniciais pais/bebê-criança pequena do Centro de Atendimento Psicanalítico da SBPSP.

<sup>3</sup> Esses casos foram atendidos em co-terapia com Fátima Maria Vieira Batistelli.

avó e avô. É necessária uma maleabilidade psíquica de todos para conhecer e compreender esse bebê que chega e busca um berço para seu self. (Silva, 2002, 2014) Os pais necessitam de uma rede de apoio e o bebê de pais disponíveis para atender suas necessidades por meio de sua função de continência e reverie.

Vários psicanalistas (Winnicott,1942/1993; Klein, 1946/1982; Ferro,1995; Laznik, 1995, Tustin,1990; Guerra, 2009), não só de crianças, e psicólogos do desenvolvimento (Stern, 1997, Trevarthen, 2006, 2011) apontam fenômenos psíquicos que norteiam o desenvolvimento emocional do bebê. Entre eles podemos eleger a capacidade de consolabilidade do bebê, sua tolerância à frustração e às separações, a introjeção dos objetos primários que darão sustentação e continência para sua capacidade de pensar. Há também vários indicadores de intersubjetividade, como a troca de olhares, sorrisos, imitação, balbucios, brincar de esconde-esconde, jogos de como se, capacidade de assinalamento e de expressar o não, que se estiverem presentes na relação pais-bebê levam o bebê à aquisição da linguagem e ao mundo simbólico com todas as nuances da curiosidade epistemofílica: o prazer de conhecer o mundo interior e exterior.

A beleza estética presente na troca de olhares, no sorriso entre mãe e bebê, no jogo de imitação, na dança das mãos, vividos nos primeiros seis meses vão construindo e ampliando as competências do bebê. (Guerra, 2009) Observar a capacidade de convocação do bebê, seu senso de agência na interação com o cuidador, também serão fundamentais para observarmos essas competências. (Alvarez, 1994)

Sem o encontro de olhares, sem a capacidade de imitação, sem as protoconversações, sem um olhar referencial, sem uma atenção conjunta, sem sintonia afetiva e sem interludicidade o bebê não integra o valor do assinalamento (epistêmico e subjetivante) nem da narratividade conjunta<sup>4</sup> como uma das manifestações do desejo de saber, da curiosidade epistemofílica. (Guerra, 2009) Os aspectos motores são sinais importantes que também merecem ser observados: o deslocamento no espaço, do engatinhar ao andar, da horizontalidade a

---

<sup>4</sup> Trevarthen (2011) afirma em relação a experiência de narração compartilhada com o bebê que a história deve ser vibrante no ritmo da voz, na expressão do rosto e nos gestos das mãos, a curiosidade mútua dos olhos e das orelhas e tom suave e tudo isso expressando afeto e desejo ardente de descobrimento de interesses novos durante o tempo da experiência. Esta experiência que poderíamos denominar como de co-narração se co-constroi através de diferentes estilos narrativos: a mãe cria frases verbais e o bebê responde com frases motoras corporais e esboços de verbalizações primárias.

verticalidade, e a aquisição de um tônus muscular integrando as sensações corporais.

Pesquisas atuais (Muratori, Maestro, 2007; Kupfer, Jerusalinsky, Bernardino, 2009; Olliac et al., 2017) apontam que alguns sinais iniciais, particularmente o interesse intenso por estímulos não sociais e objetos concretos, podem representar um sinal de alerta, um indicador de um desenvolvimento atípico no primeiro ano de vida de um bebê. O desenvolvimento atípico pode desencadear uma formação neuronal anormal do cérebro e um desenvolvimento alterado do processo de desenvolvimento neuronal esperado. Por tudo isto é que temos que insistir que a ausência de alguns desses itens pode estar indicando uma dificuldade importante no desenvolvimento do bebê e portanto é necessário buscar ajuda, pois o bebê pode estar apresentando um retraimento relacional (Pico, Carel, 2002) ou entrando em uma forma de funcionamento autista (Larban Vera, 2012).

Além desses aspectos não podemos deixar de considerar o ambiente em que o bebê chega. Este ambiente pode ser favorecedor ou não para a construção da parentalidade e para o desenvolvimento emocional do bebê. Nele estão implicados os aspectos emocionais dos pais, os fenômenos inter e transgeracionais que se bem elaborados não serão projetados sobre o bebê, situações de lutos anteriores, a migração dos pais sem o suporte familiar na chegada do bebê, eventual depressão pós-parto da mãe. Ou ainda se o bebê for um bebê de substituição à perda de um filho anterior ou se for prematuro ou se nasceu com alguma anomalia, tudo isso fará parte deste ambiente e se refletirá na qualidade emocional dos primeiros vínculos pais-bebê. (Silva, 2003, 2013, 2014)

### **Retomando as situações clínicas**

Diante da detecção precoce de indicadores de risco atendemos no *setting* de intervenção nas relações iniciais seguindo o modelo de consultas terapêuticas de Winnicott (1942, 1960, 1965, 1971/1984) e ampliado por Lebovici (1983, 1986, 1989 a e b, 1991, 1993). Nesse contexto, atendemos em coterapia e filmamos as sessões quando os pais nos autorizam (Mendes de Almeida, 2007). Durante as sessões, vamos oferecendo continência às angústias dos pais e nos colocamos receptivas às identificações projetivas, por vezes sem palavras até poderem ser nomeadas; buscamos discriminar as projeções parentais e apontar novas formas de ver a criança; ao mesmo tempo em que vamos construindo e favorecendo as competências parentais para atender às necessidades infantis, valorizando os recursos internos de cada um no sentido de criar um campo de compreensão para os conteúdos emocionais. Portanto, essa forma de trabalhar conta com a possibilidade de estabelecermos redes de sentido a partir do diálogo com

os pais e do brincar das crianças no aqui e agora das consultas (Mendes de Almeida; Marconato; Silva, 2004). Essa abordagem permite ainda assinalar as dificuldades das crianças diante da emergência de material primitivo, próprio da relação pais e filhos e do olhar dos pais, para, a seu tempo e se necessário, fazer o encaminhamento para análise e, assim, favorecer maior adesão ao tratamento.

Nesse sentido, experimentamos entre nós (terapeutas, pai, mãe e crianças) momentos de sincronicidade e de sintonia emocional, nos quais importantes significados surgem e fornecem representação para aspectos não integrados e o trânsito e a permeabilidade entre os elementos conscientes e inconscientes que emergem durante a sessão. A presença da criança e o uso de mediações, como o brincar e o material lúdico, facilitam essa comunicação.

Nós terapeutas, enquanto observamos multidimensionalmente a interação pais-filhos, buscamos compreender, com a ajuda dos pais e também das crianças, as motivações conscientes e inconscientes de seus comportamentos e sintomas e temos acesso à criança imaginária na mente dos pais, que pode abrigar fantasias latentes relacionadas aos elementos transgeracionais e necessidades e conflitos infantis reeditados na relação pais-criança. Assim, nesse encontro de identificações, vamos transformando nossas experiências transferenciais e contratransferenciais em palavras de valor metafórico, encontrando alguma representação por meio de pensamentos e palavras compartilháveis. (Silva, 2002, 2014)

### **Aurora**

Ao longo das consultas ficamos sabendo que Aurora (Silva; Batistelli, 2017) nasceu prematura e ficou muito tempo na UTI neonatal. Sua genitora a deixou no hospital e as enfermeiras a adotaram e fizeram um lindo diário que entregaram à mãe na saída. Quando tinha 7 meses, foi entregue para adoção. Mas Aurora tinha muitas questões de saúde: pulmonares, cardiológicas, renais, alergia a proteína do leite, um cisto no abdômen que logo desapareceu e, com tudo isto, passou por várias consultas com médicos especialistas. Todos esses aspectos apontam para um traumatismo parental em que os pais podem ficar fixados na imagem de um bebê frágil e imaturo e deixar de ver a bebê Aurora que fora prematura.

Enquanto os pais de Aurora contavam de sua chegada e de sua preocupação, ela sorri para nós e fica atenta a nossa conversa. Deitada sobre o acolchoado, ela se encontra um pouco hipotônica e sem ascender à verticalidade.

Contam que Aurora fica exposta à televisão o dia inteiro e também à noite ou na madrugada. Orientamos como isso seria um excesso de estímulos para ela e associamos com os barulhos da UTI. Explicamos da importância dos estímulos humanos *versus* o tecnológico.

Depois, a mãe descreve o processo de adoção: as idas ao fórum, as longas entrevistas e o medo desesperado de perderem a guarda. Aurora voltava muito transtornada destas visitas, se arranhando no carro. Acreditam que ela capta o clima da situação.

Na história dos pais também encontramos situações traumáticas. A mãe perdeu o pai cedo e teve uma relação bem simbiótica com a própria mãe. Só saiu de casa aos 37 anos quando se casou. Neste casamento também viveu uma situação traumática, pois seu marido teve uma depressão e se suicidou no primeiro mês de casamento. Essa experiência deixou marcas depressivas que são projetadas na relação com Aurora. (*será que ela sofre?*)

O pai por sua vez também viveu situações difíceis na infância. Sua mãe perdeu um bebê antes dele e seus pais se separaram quando ele era pequeno. Seu pai tinha outra família e nunca foi presente embora pagasse a pensão. Até os seus 13 anos via o pai uma vez por mês e depois ele sumiu. Há tempos, não tem contato com o próprio pai, que ainda não conheceu a neta. Sua mãe faleceu há dois anos. Observamos que havia um abandono vivido pelos dois, pai e mãe de Aurora: *cada um de vocês foi abandonado de um jeito*. O pai de Aurora também nos conta que tem um irmão adotivo, dois anos mais novo e, apesar de toda família ter essa informação, ele mesmo não sabe. Além disso ele nos conta que mantém em sua carteira a certidão de adoção desse irmão, afirmando não ter coragem de contar e nem de conversar com ele sobre isso, permanecendo assim como guardião de um suposto segredo e acreditando estar protegendo o irmão de sua verdadeira história.

Conversamos sobre os imbricamentos deste segredo neste momento em que ele se torna pai de uma criança, também adotiva. Poder falar poderia ser uma forma de fortalecimento dos vínculos. (Levinzon, 2014) Então, assinalamos que há muitas histórias tristes em torno dos dois e a Aurora veio para trazer muita alegria.

Na quarta consulta a mãe veio sozinha com a Aurora, pois o pai encontrou um trabalho novo. Sua mãe a acompanhou e aguardou na sala de espera. Ela chega contando que Aurora está dormindo a noite toda sozinha no quarto dela e conta que *ela amanhece no berço numa alegria, dando risada. E eu falo: bom dia! E ela fica feliz e se debate, bate as pernas...*

A mãe de Aurora nos mostra que passou a confiar mais em sua capacidade de ser mãe e o pai em sua capacidade de embalar essa dupla mãe-bebê, e exercitar sua função paterna. (Barriguette et all., 2004). E, assim, Aurora, sentindo-se segura, com os pais, também se sentindo mais seguros, pôde adormecer e se permitir viver os momentos de não integração, propiciados pelo sono, que tanta importância têm para o desenvolvimento do *self*. (Winnicott, 1960/1990)

A mãe também percebe a mudança que se deu na bebê e na relação entre os três e nos diz: *Agora ela fica muito no chão e diminuímos muito a televisão. Aquele bebê tão frágil... Agora ela está assim tão bem. Nunca pensei que terapia para bebê pudesse ajudar tanto....*

Após esta consulta, propusemos aos pais continuar acompanhando o desenvolvimento de Aurora e do processo de parentetização com consultas periódicas, como se fosse uma puericultura emocional (Silveira et al., 2000).

Aquela mãe que chegou no primeiro encontro, tão assustada, confiando tão pouco em seus recursos, estava agora compartilhando conosco a felicidade de se sentir uma mãe capaz, que busca aprender coisas novas, encontrar caminhos alternativos, a fim de oferecer para sua filhinha o que acha importante e prazeroso. E o marido a apoia neste processo, oferecendo seu reconhecimento em todos os momentos, às vezes só com um olhar. Fica claro, como o medo inicial da possibilidade de algo na linha dos transtornos do espectro autista está descartado.

Isto nos remete a Winnicott (1964/1982) quando diz: “A longo prazo, o que precisamos é de mães – e de pais – que tenham descoberto como acreditar em si próprios. Essas mães e seus maridos edificam os melhores lares onde os bebês podem crescer e desenvolver-se”. (p.54)

## **Ale**

Ao encontrar Ale na sala de espera ele brinca comigo de esconde-esconde, olha de soslaio e entra sorridente. Explora os brinquedos, mas não se detém em nada, faz alguns sons sem sentido, olha para mim rapidamente e se irrita quando não é atendido em suas demandas. Em vários momentos sua mãe o chama e diante de sua não resposta ela gradativamente vai chamando-o mais alto. Há um desespero nesse desencontro.

Ao perguntar aos seus pais sobre sua chegada a mãe me conta que Ale veio depois de uma gravidez que se encerrou precipitadamente em função de uma doença congênita em que o bebê se foi. Emocionada, chora e diz que rapidamente engravidou de Ale, três meses após. Assim ficamos sabendo que Ale é um bebê de substituição. Sua mãe ainda deprimida e sofrida carrega

o medo e o susto de que algo parecido possa se repetir na relação com esse bebê.

Ela se queixa que Ale não olha para ela. Compreendemos que com todo esse medo e toda essa cara de susto parece que Ale se afasta e se protege. Essa angústia da mãe transborda sobre o bebê e Ale durante as sessões várias vezes se recolhe num cantinho da sala como se precisasse se recompor e ter um tempo só dele. Pudemos elaborar juntos algumas fantasias e angústias dos pais que estavam tornando Ale um receptáculo delas, impedindo-o de constituir-se como sujeito. (Williams,1990, 1997a e b, 1999)

Após cinco consultas de intervenção pudemos co-construir com os pais uma compreensão das dificuldades de Ale e da necessidade de um atendimento psicanalítico.

### **Beto**

Beto (Silva, Batistelli, 2018) de 1 ano e 11 meses, chega de chupeta na boca, não atende ao nosso convite e vem trazido pela tia no colo. Quando convidamos todos para se acomodarem no chão, ao redor dos brinquedos, a tia solta Beto, que imediatamente se dirige aos brinquedos. No entanto, ele não nos olha e, muito quieto, busca os objetos menores da caixa e brinca, principalmente com uma família de bonequinhos (Playmobil) colocando-os num caminhão com caçamba. Também se interessa por abrir uma caixinha de comidinhas ou mexer no fundo de uma prateleira da sala. Esses movimentos sugerem que há um dentro e um fora, um interior com figuras humanas e um princípio de simbolização. Ele chega fechado em si, emudecido, sem trocas intersubjetivas, quase apagado e, com certeza, inserido em um universo próprio. Nossos sentimentos constratransferenciais indicavam que Beto não tinha lugar nessa família.

A partir de nossa solicitação, a mãe, chorando muito, começa a nos contar a história da chegada dos filhos. Na ocasião da gravidez e do nascimento do primeiro filho, tudo correu bem. Ela, com a ajuda de sua mãe, cuidava dele e se encantava com a experiência. A gravidez de Beto, também correu bem, mas ao nascer tudo ficou muito difícil, não conseguia gostar dele e nem criar um vínculo. A sua própria mãe estava doente na ocasião e não podia ajudá-la e só mais tarde, quando Beto estava com 4 meses, é que descobriu que estava com depressão pós-parto e foi medicada. Então Beto passou a ser cuidado por uma tia (por parte de pai) solteira, que dorme com ele no mesmo colchão e abraçados. Pareceu-nos que, diante de toda essa

situação emocional, de alguma forma essa tia usurpou o lugar da mãe e tomou Beto como filho, oferecendo-lhe mais experiências sensoriais que simbólicas.

A mãe mostra-se muito culpada e sente-se responsável pelo que está acontecendo. A tia, na sessão em que esteve presente, também nos pareceu uma pessoa bastante desvitalizada e sem vivacidade, mas, de uma forma mais enfática que a mãe, defendeu Beto, dizendo que ele é uma criança normal e não concorda com o diagnóstico da pediatra. Ela diz que Beto é uma criança que não vai com ninguém estranho, mas se surpreende ao vê-lo buscar o meu colo. Nesse momento, para além de um contato sensorial, Beto mostra o encontro com um objeto que reconhece suas necessidades e é capaz de enxergá-lo para além das manobras autísticas e de um olhar que atravessa e preocupa.

Nosso objetivo maior nessa intervenção é o de ajudar os pais a se permitirem um contato maior com os déficits de Beto, a olhar para a criança que de fato está diante deles, que muitas vezes evita o contato com os familiares e também conosco. O reconhecimento das necessidades de Beto seria fundamental para que eles pudessem vir a aceitar um tratamento intensivo de psicanálise. Portanto, nossa preocupação não se resumia a, simplesmente, fazer ou desfazer um diagnóstico, embora não pudéssemos nos furtar de refletir sobre o problema.

Surpreendentemente, na segunda consulta, Beto chega reconhecendo o espaço e querendo adentrar nossa sala buscando pelos brinquedos com que já brincara na semana anterior. Ele vai para a mesinha, desenha comigo, joga bolas para todos da sala, troca olhares de soslaio e faz um ensaio de narrativa com os bonequinhos de Playmobil. Nestes ensaios de um brincar mais simbólico de Beto, fomos nos oferecendo para a família como modelo de um objeto que acompanha seu ritmo e, ao mesmo tempo, o convoca e nomeia seus movimentos. Em alguns momentos, Beto emite sons que pudemos traduzir como querendo a chupeta ou água. Algumas vezes, corria para o colo da mãe, com uma demanda mais sensorial, e a mãe também respondia sensorialmente com muitos beijos e carinhos. Essa cena sugere um modo de se relacionar mais fundido e simbiótico com o colo da mãe.

No trabalho com a família de Beto, nossa preocupação era a de resgatar a esperança em suas sutis potencialidades e nas competências parentais. Mais do que Beto alcançar os indicadores de desenvolvimento para sua idade, como o falar, nossa intenção era a de favorecer suas capacidades de se relacionar e brincar compartilhado, para uma verdadeira troca intersubjetiva.

Após um período de férias no qual tanto mãe quanto pai estiveram muito próximos de Beto, eles comentam de uma maneira triste, mais a mãe que o pai, como eles notaram diferenças em Beto em relação às outras crianças, como ele se isola e não solicita outras pessoas, ou como ele não brinca e não olha para as outras pessoas como eles observam em outras crianças. A mãe chora muito culpada, durante toda a consulta e nos interroga, a todo momento, se ele vai ficar bom, se vai ficar curado. O pai mais tranquilo e esperançoso, acredita que Beto possa se desenvolver no seu tempo.

No entanto, apesar de toda sua angústia, ela nos conta que agora se percebe apaixonada por Beto como foi com seu primeiro filho. Diz-se totalmente devotada e, ao mesmo tempo, culpada por ter tido sua depressão puerperal. Nós ficamos sensibilizadas pelas percepções dos pais e comunicamos a eles como eles parecem estar muito mais próximos de Beto, por mais doloroso e triste que isso possa ser; que, ao falar de seu encantamento, havia esperança de juntos, pai, mãe e Beto, transformarem os déficits de Beto em competências e repararem um início de relação em que tudo parecia impossível. Durante as consultas, procuramos interagir com Beto e ajudar a mãe a enxergá-lo e ter elementos para responder a questão diagnóstica que ela havia nos trazido inicialmente. Nessas sessões, fomos também nos dando conta dos recursos de Beto, assinalando-os para os pais e, por meio da experiência vivida no aqui e agora dos nossos encontros, nos oferecemos como modelo de um ser humano vivo que o “reclama”<sup>5</sup> (Alvarez, 1994) para uma relação compartilhada e intersubjetiva, despertando seu interesse para o objeto humano. Aos poucos, fomos vendo os recursos de Beto para responder a esse investimento, bem como a mãe se empenhando em fazer o mesmo em casa. Ao apontarmos pequenos sinais de comunicação de Beto e ao observarmos e refletirmos juntos, fomos ampliando pequenas competências e favorecendo que a mãe pudesse recuperar suas funções maternas e a esperança no desenvolvimento de Beto, possibilitando caminhos para possíveis transformações. Após três meses de intervenção pudemos co-construir a percepção dos pais da necessidade de um tratamento psicanalítico intensivo para Beto. Beto iniciou sua análise com quatro sessões semanais há 4 meses, e a cada dia amplia sua comunicação, seu vocabulário e sua capacidade de olhar e brincar compartilhado.

## **Conclusão**

---

<sup>5</sup> Anne Alvarez fala de "ir ao encaço do paciente"; [...] "faz uma analogia com a função materna, que não é só de acolher ou compreender e digerir as angústias e anseios de seu bebê, mas, quando necessário, reivindicá-lo, atrair sua atenção." (Batistelli, Amorim, 2014. p.35).

Os transtornos do espectro do autismo se referem a um conjunto heterogêneo de sinais de um desenvolvimento psíquico atípico, cuja etiologia, ainda que desconhecida, é entendida como multifatorial em que podem estar presentes aspectos orgânicos, psíquicos e ambientais. (Silva, 2013; Batistelli, Amorim, 2014; Silva, Batistelli, 2018)<sup>6</sup>

Por mais difícil que seja para os pais e os clínicos encontrarem um destino para suas percepções sobre os déficits de desenvolvimento do bebê, deve-se lembrar de que, com um encaminhamento para uma intervenção conjunta pais-bebê, aliada à plasticidade cerebral, há grandes chances de, ao correr contra o tempo, oferecer um novo destino ao bebê e à sua família (Silva, 2013). Aurora, Ale e Beto, de alguma forma, foram beneficiados por esse olhar atento para o desenvolvimento e a possibilidade de revertermos os déficits iniciais para co-construirmos uma relação intersubjetiva com emoções compartilhadas e sentimentos vivos.

## Referências

Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças com autismo, borderline, carentes e maltratadas*. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas.

Araujo et al. (2017). Triagem precoce para autismo/transtorno do espectro autista. In: *Documento Científico do Depto. Científico de Pediatria do Desenv. e Comportamento da SBP*, No. 1, abril, 2017.

Barriguete, J. A.; Lebovici, S.; Salinas, L. ; Moro, M.R. ; Solís-Ponton, L.; Botbol, M.; Maldonado, M.; Córdova, A. (2004). A função do pai: na consulta terapêutica pais-bebês e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In: L. Solis-Ponton (Org.). *Ser pai, ser mãe: Parentalidade – um desafio para o terceiro milênio* (pp. 57-66). (Maria Cecília Pereira da Silva Ver. Técnica da Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Batistelli, F. M. V.; Amorim, M. L. G. (Org.). (2014). *Atendimento psicanalítico do autismo*. São Paulo: Zagodoni.

Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil*. Rio de Janeiro: Imago.

Guerra, V. (2009) *Indicadores de intersubjevidad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomia del bebe*. Transcripción del Curso dictado por el autor en el Ministerio de Educación y Cultura del Uruguay. Montevideo 17 y 18 de Marzo 2009.

Larban Vera, J. (2012). *Vivir con el autism una experiencia relacional. Guia para cuidadores*.

---

<sup>6</sup> As crianças com autismo apresentam ausência ou evitação do contato visual, comumente não falam ou, se o fazem, são apenas frases que repetem de outras pessoas ou dos meios de comunicação (ecolalia). Ainda que tenham linguagem, esta é limitada ou bizarra e não usada com o intuito de se comunicar. Outros meios de comunicação, como, por exemplo, desenhos, jogos ou modelagens não são usados ou são escassos. A forma que a criança se utiliza para pedir ajuda é buscando a pessoa pela mão e usando esta como um prolongamento de si própria. Algumas se utilizam de rituais obsessivos tais como empilhar objetos em cantinhos, arrumar os brinquedos sempre na mesma ordem ou por alguma característica sensorial destes, por exemplo, a cor. A brincadeira simbólica está ausente. Outra característica bastante comum é a de buscarem experiências sensoriais, tais como: girar objetos, ou rodar no próprio eixo, fazer movimentos repetitivos com a língua dentro da boca, balançar as mãos em *flappings*, segurar objetos duros nas mãos. Assim, como nos sugere Frances Tustin (1990, p.24-25), “há uma interrupção precoce maciça do desenvolvimento cognitivo e afetivo, embora o desenvolvimento físico das crianças autistas seja geralmente normal”.

Barcelona: Ed Octaedro.

Klein, M. & Heimann, P. & Isaacs, S. & Riviere, J. (1946/1982). Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Kupfer, M.C.M., Jerusalinsky, A.N., Bernardino, L.M.F. (2009) Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat Am J Fund Psych*, 2009; 6(1):48-68.

Laznik, M.C. (1995) *Rumo à Palavra – Três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Lebovici, S. et Stoleru, S. (1983). *La mère, le nourrisson et le psychanalyste, les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.

Lebovici, S.; Weil-Halpern, F. (1989a). *La psychopathologie du bébé*. Paris: PUF.

Lebovici, S.; Mazet, P. H. et Visier, J. P. (1989b). *L'évaluation des interations precoces entre le bebe et se partenaires*. Paris: Eshel.

Lebovici, S. (1986). À propos des consultations thérapeutiques. *Journal Psychanalyse de l'Enfant*, 3, 135-152.

Lebovici, S. (1991). Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. *Rev. Franç. Psychanal.* 56, 733-857.

Lebovici, S. (1993). On intergenerational transmission: From filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 260-272.

Levinzon, G. L. (2014). *Tornando-se pais: A adoção em todos os seus passos* (p.45). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mendes de Almeida, M. (2007). Transicionalidade numa consulta terapêutica filmada: resgatando a capacidade de dormir e sonhar – Intervenção precoce no vínculo pais-bebê sob o víde(o)lhar do observador. In: A. de Matos Ferreira (Org.) *Espaço Potencial Winnicott – Diversidade e Interlocução* (pp. 191-201). São Paulo: Landy Editora.

Mendes de Almeida, M.; Marconato, M. M., Silva, M. C. P. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 38, n. 3, p. 637-648.

Muratori, F.; Maestro, S. (2007). Early signs of autism in the first year of life. In: Acquarone, Stella [Ed.]. *Signs of autism in infants: recognition and early intervention*. London: Karnac Books. p. 46-61.

Olliac, B. et al. (2017). Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *Plos One*, p. 1-22, Dec. 7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831>>.

Pico, M. Et Carel, A. (2002). Evitement relationnel du nourrisson et despistage precoce. In: *Psychiatrie de l'enfant*. Vol. 45/1 Paris: Ed Puf.

Silva, M. C. P. (2002). Um *self* sem berço. Relato de uma intervenção precoce na relação pais-bebê. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36 (3), 541-565.

Silva, M. C. P. (2003). *A Herança Psíquica na Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, M. C. P. (2013). Indicadores de risco psíquico e do desenvolvimento infantil: avaliação e intervenção nas relações iniciais pais-bebê. In: Moraes, M. B., Campos, S. O.; Hilário, M. O.E. (Ed.). *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. Barueri, São Paulo: Manole, p. 105-110.

- Silva, M. C. P. (2014). *A Construção da Parentalidade em Mães Adolescentes: Um modelo de Intervenção e Prevenção*. São Paulo: Escuta.
- Silva, M. C. P., Batistelli, F. M. V. (2017). Aurora e o processo de parentalização, *Jornal de Psicanálise*, V. 50, N. 92, p. 209-224.
- Silva, M. C. P.; Batistelli, F. M. V. (2018). Intervenção nas relações iniciais pais e filhos: o susto diante do diagnóstico de autismo. In: Wanderley, D. B.; Leitgel-Gille, M. (orgs.) *É tarde! É tarde! A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística*. Salvador: Editora Galma. Coleção: De Calças Curtas.
- Silveira, M. M.; Bechelli, I. A. B.; Botelho, B.; Campos, M. L. F. S.; Dittmers, D. B.; Nakagawa, P. Y. (2000, outubro). Aplicação da Psicanálise em Saúde Pública: Sistematização de um serviço preventivo no desenvolvimento do Bebê. *Trabalho apresentado no XXXI Congresso Brasileiro de Pediatria*, Fortaleza-CE.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Trevarthen, C. Et Gratier (2006). Rytme, émotion et pré-sentiment dans les interactions de bébés en voie d'autisme. In: Dugnat, M. *Les émotions du bébé*. França: Ed Eres.
- Trevarthen, C. (2011). Les histoires se creent en bonne compagnie: va-et- vien ente la narration partagé et lecture. In: S. Raunaud et O. Baudelot *On ne lit pas seul!* França: Ed Eres.
- Tustin, F. (1990). *Barreiras autísticas em pacientes neuróticos* [1986]. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Williams, G. (1990). Observação de bebê: sua influência na formação de terapeutas e profissionais que trabalham com educação e saúde mental. *Publicações*, 1(2). Centro de Estudos das Relações Mãe-Bebê-Família, SP.
- Williams, G. (1997a). O bebê como receptáculo das projeções maternas. In M.-B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Os laços do encantamento: a observação de bebês segundo Esther Bick e suas aplicações* (pp. 105-112). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Williams, G. (1997b). As angústias catastróficas de desintegração, segundo Esther Bick. In M.-B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Os laços do encantamento: a observação de bebês segundo Esther Bick e suas aplicações* (pp. 37-39). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Williams, G. (1999). On different introjective processes and the hypothesis of an Omega Function. *Psychoanal Inquiry*, 19(2), 243-53.
- Winnicott, D. W. (1942/1993). *Textos selecionados. Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (1960/1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1964/1982). Pormenores da Alimentação do Bebê pela mãe. In: D. W. Winnicott. *A criança e seu mundo* (pp. 49-54). Rio de Janeiro: LTC.
- Winnicott, D. W. (1965/1994). O valor da consulta terapêutica. In: D. W. Winnicott, C. Sheperd, e M. Davis. *Explorações psicanalíticas* (pp. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1971/1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.