

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Fabíola Scherer Cortezia

Psicoterapia Psicanalítica Pais-Bebê com Risco no Desenvolvimento Infantil:

Estudo Exploratório de Avaliação de Processo e Resultado

Orientador

Prof. Tagma Schneider Donelli

São Leopoldo, Março de 2021

FABÍOLA SCHERER CORTEZIA

**Psicoterapia Psicanalítica Pais-Bebê com Risco no Desenvolvimento Infantil:
Estudo Exploratório de Avaliação de Processo e Resultado**

Dissertação apresentada como exigência
para obtenção do título de Mestre em
Psicologia Clínica do Programa de Pós-
Graduação em Psicologia da Universidade
do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientador

Prof. Tagma Schneider Donelli

São Leopoldo, Março de 2021

C828p Cortezia, Fabíola Scherer.
Psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil : estudo exploratório de avaliação de processo e resultado / Fabíola Scherer Cortezia. – 2021.
119 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2021.

“Orientador Prof. Tagma Schneider Donelli.”

1. Psicoterapia pais-bebê. 2. Risco no desenvolvimento infantil. 3. Processo psicoterápico. 4. Intervenções terapêuticas.
I. Título.

CDU 159.9

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

Dedicatória e Agradecimentos

Dedico esta dissertação a todos aqueles bebês que podem ter o curso de suas vidas mudado a partir de uma intervenção a tempo.

Agradeço especialmente ao bebê da minha pesquisa de Mestrado e seus pais por permitir que entrássemos em suas vidas e lhes mostrássemos o quanto a psicoterapia pode auxiliar na constituição de um sujeito e na trajetória de uma família. Agradeço por me emprestarem suas histórias para poder seguir construindo a minha própria história profissional e pessoal.

Gratidão imensa à Thaís Chies, psicoterapeuta da minha pesquisa, que emprestou seu fazer psicológico para objeto de estudo da minha dissertação, com o empenho, comprometimento e dedicação que tornaram o trabalho muito mais fácil e possível. São raras as pessoas que aceitariam esse convite e se colocariam assim, tão disponíveis.

Um agradecimento também especial à Tagma Schneider Donelli, minha orientadora e incentivadora. Obrigada por embarcar comigo nas minhas ideias, escutar o meu desejo, respeitar e acolher com tanto cuidado a minha própria forma de pensar e lapidar com tanto conhecimento e singeleza o meu trabalho, com críticas tão construtivas. Tagma, teu fazer profissional é ímpar, pois há pouquíssimos professores com tamanho conhecimento que possuem essa tua humildade, empatia e capacidade de deixar o outro brilhar.

Agradeço à minha pequena filha pela paciência para esperar sua mãe acabar as leituras e análise dos dados para ir brincar com ela e por todos os beijos e abraços que foram combustível para seguir em frente, apesar do cansaço e das adversidades. Obrigada, minha filha, por dividir tua mãe com os estudos e, ainda por cima, te

mostrares orgulhosa disso, falando com todo o entusiasmo que a mamãe faz Mestrado e que quando tu cresceres tu vais querer estudar até quando virares estrelinha.

Um agradecimento especial ao meu companheiro de vida, meu marido e grande incentivador, que me apoia e vibra com minhas conquistas, que embarca comigo nos meus sonhos e também entende o prazer e a satisfação que tenho em estudar e aprender. Obrigada, meu amor, por me apoiar e por também me frear quando meu ritmo estava acima do que eu mesma poderia suportar.

Aos meus queridos pais, a quem devo a vida e são mola propulsora para que eu queira ir sempre além, porque sei que as minhas conquistas são também grandes conquistas para eles. Obrigada por sempre me fazerem acreditar em mim mesma!

Aos familiares e amigos queridos de longa data e também às minhas colegas de trabalho, que acompanham minha trajetória e meu amor pela Psicologia e pelos bebês e que escutaram as angústias e vibraram com as conquistas dessa dissertação ao longo destes dois anos, meu muito obrigada também. É muito bom estar cercada de gente que entende as nossas paixões e vibra com as nossas conquistas!

A construção dessa dissertação chegou ao fim, mas o desejo de seguir pesquisando, estudando e atendendo os bebês com risco no desenvolvimento infantil ainda é muito grande e com certeza não terá fim.

“A incerteza do diagnóstico em crianças pequenas é tão grande que deveria

sempre ser escrito a lápis”

(Untoiglich e Frances)

Sumário

Resumo.....	7
Abstract.....	9
Apresentação da dissertação	13
Risco no desenvolvimento infantil	17
Psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil.....	21
Avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil	23
Artigo I - Intervenções Terapêuticas em Psicoterapia Psicanalítica Pais-Bebê com Risco No Desenvolvimento Infantil: Avaliação de Processo	26
Resumo.....	26
Abstract.....	27
Introdução	28
Método.....	33
Delineamento.....	33
Participantes	33
Instrumentos	34
Procedimentos de Coleta de dados.....	35
Procedimentos de análise de dados	37
Resultados e Discussão	42
Caracterização geral do caso	42
Intervenções empregadas nas sessões de psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil	45
Período de avaliação.....	45

Início do tratamento propriamente dito	47
Meio do tratamento.....	48
Final do tratamento.....	50
Comparando as intervenções ao longo do processo	54
Considerações finais	60
Referências.....	61
Artigo II - Avaliação dos Indicadores Clínicos de Risco no Desenvolvimento Infantil ao longo da psicoterapia psicanalítica pais-bebê	70
Resumo.....	70
Abstract	70
Introdução	71
Método.....	76
Delineamento	76
Participantes	77
Instrumentos	77
Procedimentos de Coleta de Dados.....	79
Procedimentos de análise de dados	80
Resultados e discussão	81
Considerações finais	93
Referências.....	94
Considerações Finais da Dissertação	100
Nota da Imprensa.....	102
Referências da Dissertação	103
Apêndices.....	104

Apêndice A - IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil	110
Apêndice B - Ficha de Contato Inicial	112
Apêndice C - Entrevista Acerca das Impressões do Processo de PPPb	113
Apêndice D - Entrevista Acerca das Impressões do Processo de PPPb	114
Apêndice E - Carta de Anuência	115
Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
(Para a Psicóloga)	116
Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
(Para pais)	118

Lista de tabelas e figuras

Figura 1. Intervenções utilizadas no período de avaliação	46
Figura 2. Intervenções utilizadas no início do tratamento propriamente dito.....	47
Figura 3. Intervenções utilizadas no meio do tratamento	49
Figura 4. Intervenções utilizadas no final do tratamento.....	50
Figura 5. Número total de intervenções utilizadas ao longo do tratamento.....	54
Figura 6. Intervenções ao longo do processo	55
Figura 7. IRDI Início do Tratamento	82
Figura 8. IRDI Três meses de tratamento	85
Figura 9. IRDI Seis meses de tratamento.....	88
Figura 10. IRDI Nove meses de tratamento.....	91

**Psicoterapia Psicanalítica Pais-Bebê Com Risco No Desenvolvimento Infantil:
Estudo Exploratório De Avaliação De Processo e Resultado**

Resumo

A presente pesquisa teve como objetivo compreender como se caracteriza o processo psicoterápico, no que diz respeito às intervenções terapêuticas, numa Psicoterapia Psicanalítica Pais-bebê (PPPb) com risco no desenvolvimento infantil e como os indicadores de risco se comportam ao longo da psicoterapia. Considera-se risco aqueles bebês que apresentam ausência de indicadores clínicos observados a partir do IRDI (Indicadores Clínicos de Risco no Desenvolvimento Infantil) e os problemas que foram foco deste estudo são os da ordem da constituição subjetiva, problemas estruturais no processo de constituição de sujeito, representando um risco prognóstico em direção às psicopatologias graves da infância. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, longitudinal, exploratória e de estudo de caso único. Os participantes foram uma tríade pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil e uma psicoterapeuta de abordagem psicanalítica com especialização em transtornos do desenvolvimento. Todas as 30 sessões de psicoterapia foram gravadas e transcritas posteriormente para análise das intervenções da psicoterapeuta por dois juízes e também para aplicação do IRDI. Foram realizadas entrevistas sobre o processo psicoterápico com os pais e com a psicoterapeuta aos 3, 6 e 9 meses de intervenção. O bebê também foi acompanhado a partir da avaliação do IRDI no início do tratamento, aos 3, 6 e 9 meses de psicoterapia. Foi possível verificar que as intervenções terapêuticas se modificaram ao longo do processo, sendo que no período de avaliação as intervenções de apoio foram as mais presentes e com o passar do tempo as intervenções de prosódia se tornaram a grande

parte das intervenções. Também foi possível avaliar que os indicadores de risco no desenvolvimento diminuíram consideravelmente ao longo da psicoterapia.

Palavras-chave: psicoterapia pais-bebê; risco no desenvolvimento infantil; processo psicoterápico; intervenções terapêuticas.

**Parents-Baby Psychoanalytic Psychotherapy With Infant Developmental Risk:
Exploratory Study of Process and Result Evaluation**

Abstract

This research aimed to understand how the psychotherapeutic process is characterized, with regard to therapeutic interventions, in a Parent-Baby Psychoanalytic Psychotherapy (PPPb) with risk in child development and how the risk indicators behave throughout psychotherapy. Babies that have no clinical indicators observed from the IRDI (Clinical Indicators of Intensive Development Risk) are considered at risk and the problems that were the focus of this study are those of the subjective constitution order, structural problems in the subject constitution, representing a prognostic risk towards severe childhood psychopathologies. A qualitative, longitudinal, exploratory and single case study research was carried out. Participants were a parent-baby triad at risk for child development and a psychoanalytic psychotherapist with a specialization in developmental disorders. All 30 psychotherapy sessions were recorded and later transcribed for the analysis of the psychotherapist's interventions by two judges and also for the application of the IRDI. Interviews about the psychotherapeutic process were carried out with the parents and the psychotherapist at 3, 6 and 9 months of intervention. The baby was also followed up from the IRDI assessment at the beginning of treatment, at 3, 6 and 9 months of psychotherapy. It was possible to verify that the therapeutic interventions were modified along the process, being that in the evaluation period the support interventions were the most present and, with the passage of time, prosody interventions became the great part of the interventions. It was also possible to assess that development risk indicators decreased considerably during psychotherapy.

Keywords: parent-baby psychotherapy; risk in child development; psychotherapeutic process; therapeutic interventions.

Apresentação da dissertação

Há 14 anos a autora dessa dissertação escrevia seu TCC da Graduação em Psicologia intitulado “A construção da personalidade do bebê: o fascinante percurso da barriga ao berço”. De lá para cá o interesse pelos bebês apenas cresceu e a trajetória profissional é marcada por muita curiosidade e estudo sobre os bebês. Em 2009, em um Congresso Transdisciplinar de Infância e Adolescência, Marie-Christine Laznik passa a ser conhecida pela autora dessa pesquisa e então o interesse por bebês com risco no desenvolvimento, mais especificamente, passa a ser o grande foco de estudo e trabalho. Já são 12 anos atendendo bebês e crianças bem pequenas e seus pais e estudando o comportamento desses pequenos ao longo da psicoterapia. No entanto, em 2019, após perceber que os estudos eram embasados em casos clínicos e numa escrita psicanalítica que se afastava demasiadamente da pesquisa e da academia, a autora dessa dissertação decide buscar o Mestrado para dar maior sustentação aos seus estudos.

Em 2019, com a entrada no Mestrado iniciou-se uma nova forma de ver e pensar o fazer psicanalítico com bebês e surgiu o interesse por estudar, além dos bebês com risco, as intervenções terapêuticas utilizadas nesta clínica específica de uma maneira mais sistemática. Um trabalho árduo e um desejo que sobreviveu a uma pandemia, ao isolamento social e a todos os empecilhos surgidos neste último ano em função da COVID-19. Uma pesquisa que conseguiu ser finalizada a tempo graças ao investimento e comprometimento de todos os envolvidos. Assim também é o trabalho com um bebê com risco no desenvolvimento infantil, é árduo, com muitas adversidades e só se torna possível com muito comprometimento de todos os envolvidos.

Pensar um bebê e sua estruturação é um fator amplo e instigante. É necessário compreender a interdependência entre as noções de maturação, crescimento, desenvolvimento e subjetividade. Qualquer elemento de uma delas pode ser fator de

limitação para as demais e, portanto, na semiologia pediátrica, há necessidade de investigar todas essas noções (Jerusalinsky, 2018a; Papalia & Olds, 2000). Informações sobre a maturação e o desenvolvimento tendem a ser cada vez mais precisas e disponíveis. Há avanços consistentes nas diversas áreas – neurológica, motora, cognitiva, foniátrica – em sua instrumentação e busca de dados cada vez mais precoces, incluindo aqueles sobre o crescimento e o desenvolvimento fetal. Já a noção de construção da subjetivação ainda é escassa (Jerusalinsky, 2018a).

Para compreender melhor os elementos que compõem a integralidade da criança, é necessário descrever brevemente cada um deles para uma melhor compreensão. A maturação compreende os processos de evolução das estruturas nervosas centrais e periféricas, sendo um fenômeno biológico qualitativo, relacionando-se com o amadurecimento das funções de diferentes órgãos e sistemas (Papalia & Olds, 2000). Esse processo oferece a base material para que se produzam nela as configurações de funcionamento e as aprendizagens que o meio circundante propicia à criança, mas não é suficiente para garantir que tudo corra bem com um bebê (Jerusalinsky, 2018a). O crescimento refere-se à evolução, no ritmo adequado, das medidas pondo-estaturais do indivíduo. Inclui a densidade dos tecidos de suporte (ósseos, cartilagosos, conjuntivos) e também a aquisição de funções específicas caracterizadas pelo seu aparecimento em idades determinadas. Já o desenvolvimento é a expressão funcional e adaptativa ao mundo social que a criança está inserida, apoiada nos recursos maturativos (Frisancho, 2009; Gallahue & Ozmun, 2006; Papalia & Olds, 2000). Essa noção inclui tanto a conquista das habilidades mentais quanto físicas, mas também abrange os processos que organizam a personalidade e dão significação a essas conquistas (Jerusalinsky, 2018a).

A maturação, o crescimento e especialmente o desenvolvimento dependem dos processos de formação da vida psíquica e/ou são extremamente sensíveis a eles. Pode-se pensar que todo esse processo é governado pelos outros que rodeiam a criança e são os responsáveis pelos seus cuidados, afinal, desde o nascimento, o bebê já é capaz de sentir e começar a formar as primeiras impressões perceptuais e afetivas com o ambiente que o cerca, que serão fundamentais para seu futuro desenvolvimento (Busseri, Rose-Krasnor, Willoughby, & Chalmers, 2006; Jerusalinsky, 2018a; Liebermann, Giesbrecht, & Müller, 2007).

A formação da subjetividade se inicia com a entrada da criança no mundo simbólico da linguagem: essa entrada humaniza a criança e permite que ela se situe numa cultura com uma identidade particular (Jerusalinsky, 2018a). As variáveis presentes na formação da subjetividade da criança não dependem somente dela e de suas habilidades inatas, mas, sobretudo, do outro que cuida dessa criança. A constituição da subjetividade inicia-se logo nas primeiras experiências de satisfação de necessidades do bebê (Kupfer, Pesaro, & Degenszajn, 2007). Nesse sentido, para o bebê, os 18 primeiros meses de vida são particularmente importantes (Bernardino, 2006; Jerusalinsky, 2018a; Kupfer et al., 2009).

Pode-se pensar que o primeiro momento da formação da subjetividade corresponde cronologicamente já aos seis primeiros meses de vida (Jerusalinsky, 2011; Kupfer et. al., 2009). O bebê nasce com urgências vitais e a expressão para essas urgências é o grito desarticulado (Jerusalinsky, 2011). Esse grito não remete a nada de concreto e só passa a ter sentido a partir da interpretação desse apelo realizado pela função materna, inserindo, assim, o bebê no mundo simbólico (Jerusalinsky, 2011; Laznik, 2015).

O segundo momento de formação da subjetividade situa-se entre o 6º e o 18º mês. Nesse período, quem faz a maternagem adquire uma consistência real para o bebê. No primeiro momento, a criança não reconhece o outro que, para ela, estará muito mais ligado a uma forma de suprir suas necessidades e demandas, sendo, por vezes, percebido como se fosse a extensão do próprio corpo do bebê. No entanto, quando o outro pode ser reconhecido, os objetos da satisfação da necessidade passam a adquirir um sentido simbólico e os objetos da necessidade passam a ser objetos de demanda dirigida a um outro e simbolizam, por isso mesmo, o amor desse outro. Esse deslocamento incessante do objeto do desejo traz a experiência da insatisfação, necessária para a separação do outro (Jerusalinsky, 2018a).

O terceiro momento da formação da subjetividade ocorre aproximadamente a partir dos 18 meses e representa a solução dada às angústias descritas acima, entre a mãe e a criança. É o momento em que ocorre a separação necessária entre elas: a criança percebe que não é nem tem o que a mãe deseja; por sua vez, a mãe reconhece que não pode ser o único objeto do desejo da criança. Segundo a teoria psicanalítica, efetiva-se aqui a presença de um terceiro na relação mãe/bebê, operando o que se denomina função paterna. Assim, a função paterna dá um lugar à criança na estrutura familiar, nomeando-a e identificando-a no sexo e nas gerações. A clínica permite constatar como é importante que haja o outro do desejo materno (função paterna). Ela permitirá que a criança e a mãe sejam preservadas do perigo de uma “fusão” e consigam realizar uma separação-individuação saudável (Jerusalinsky, 2018a).

Todas essas etapas descritas acima fazem parte do processo de desenvolvimento e subjetivação típicos de uma criança nos seus primeiros meses. No entanto, como podemos perceber que “algo não vai bem com o bebê” (Jerusalinsky & Melo, 2020, p.53)?.

Risco no desenvolvimento infantil

Um bebê ainda não consegue se comunicar através da fala ou do brincar simbólico, mas dá notícias de como está se estruturando psiquicamente a partir da organização ou desorganização de suas funções (Avelar & Jerusalinsky, 2020). Atrasos globais no desenvolvimento, estados de irritação e hipervigília, problemas no sono, recusas alimentares, encoprese, atrasos de fala e infecções de repetição podem denunciar não apenas problemas orgânicos, mas sofrimentos psíquicos (Avelar & Jerusalinsky, 2020; Laznik, 2015).

Para Kupfer e colaboradores (2009, p.8), os riscos no desenvolvimento infantil podem ser de duas vertentes: a) dificuldades de ordem subjetiva que afetam o desenvolvimento, mas não prejudicam a instalação do sujeito psíquico, como por exemplo a hiperatividade, problemas com regras e lei e enurese; ou b) “problemas na constituição subjetiva” que representariam problemas estruturais no processo de constituição de sujeito, apontando um risco prognóstico em direção às psicopatologias graves da infância. Pensando numa perspectiva psicanalítica, o sujeito é uma instância psíquica inconsciente que recebe contribuições constantes do meio e que está em processo de construção desde o início da vida (Bernardino, 2006; Kupfer et al., 2007; Kupfer et al., 2009).

O IRDI (Apêndice A) é um instrumento para avaliar bebês dos 0 aos 18 meses de vida. É composto por indicadores clínicos de risco ou de problemas no desenvolvimento infantil observáveis e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. As questões apresentadas no instrumento contemplam quatro eixos teóricos: Suposição de Sujeito (SS), Estabelecimento da Demanda (ED), Alternância Presença/Ausência (PA) e Função Paterna (FP). A proposta do instrumento é avaliar, além

do desenvolvimento do bebê, a conduta dos cuidadores frente ao comportamento da criança, sendo um instrumento que avalia a relação pais-bebê, a partir de um embasamento psicanalítico (Kupfer et al., 2009).

O IRDI está em um campo completamente oposto ao da aplicação de protocolos específicos por patologias, que buscam traços de transtornos, levando os pais a enxergar os filhos através da lente da patologia. Pelo contrário, o IRDI é avesso aos diagnósticos por *checklist* aplicados em consultórios ou disponíveis na internet, uma vez que entende que avaliar um bebê é, muito mais do que falhas, encontrar onde estão as brechas que podem ser ampliadas e trabalhadas para favorecer o desenvolvimento e a relação mãe-pai-bebê neste momento de tantas possibilidades (Jerusalinsky, 2018b).

Perceber sinais iniciais de risco no desenvolvimento infantil e iniciar uma intervenção a tempo pode representar uma mudança importante no percurso de vida do bebê e de seus pais, à medida que é o período de maior plasticidade cerebral. O cérebro humano depende de experiências de vida para se formar, e o código genético também se manifesta em função dessas experiências, portanto, os fatores epigenéticos são intimamente enlaçados na relação com o outro (Melo, Moraes, & Jerusalinsky, 2020). Estudos atuais comprovam os efeitos ambientais e as transformações pós-natal sobre a capacidade e o modo de constituição genética de se formar (Murattori & Maestro, 2007; Melo et al., 2020). Portanto, a intervenção inicial pode representar a possibilidade de evitar um diagnóstico futuro, modificando, assim, não apenas a relação do bebê com seus pais, mas todo o percurso de desenvolvimento desse sujeito em plena constituição psíquica (Campanário & Pinto, 2006; Kupfer et al., 2009; Jerusalinsky, 2020). Afinal, a plasticidade neuronal e a permeabilidade a inscrições significantes (Jerusalinsky, 2003) que são próprias deste início da vida permitem obter respostas mais rápidas no caso de bebês com risco psíquico (Melo et al., 2020).

No entanto, a comunicação deste risco no desenvolvimento para os pais precisa ser realizada com muito cuidado e as intervenções clínicas precisam representar uma abertura de possibilidades e não um fechamento das mesmas. Encerrar o sujeito em um diagnóstico antes mesmo dele se instalar pode ser muito perigoso, dificultando ainda mais que os pais se engajem de forma esperançosa em uma tentativa de compartilhar experiências com o bebê, ocasionando mais perdas do que ganhos (Laznik, 1997; 2013; 2015; Campanário & Pinto, 2006; Jerusalinsky, 2018b; Guerra, 2016; Jerusalinsky, 2020). Conforme alerta Jerusalinsky (2018b), é preciso considerar a diferença entre ser e estar, que é própria da infância, para que o diagnóstico não represente a antecipação dos fatos e o fechamento de possibilidades, afinal, um diagnóstico inadequadamente precoce pode atuar como uma espécie de “*spoilers* de destinos” (Jerusalinsky, 2018b, p.100).

Laznik (1997; 2004; 2013; 2015) trabalha a partir da concepção de uma prevenção que intervenha no laço pais-bebê, nos casos de bebês com sinais iniciais de risco no desenvolvimento infantil. Afinal, a clínica de intervenção inicial de abordagem psicanalítica considera que o bebê que não responde às convocatórias maternas muito rapidamente desorganiza os pais, fazendo surgir uma “fratura na função materna” (Melo et al., 2020, p.75). Os traços autísticos do bebê modificam o estado psíquico materno, destruindo, muitas vezes, sua capacidade de ser mãe. Nesse sentido, o trabalho com os pais está também permeado pela missão de impedir que desistam da interação com o filho, ao mesmo tempo que também é necessário realizar uma “reanimação psíquica” com este bebê (Laznik, 1997, p. 40) que apresenta riscos no desenvolvimento e não demonstra essa apetência pela relação com o outro (Laznik, 2015).

A literatura aponta para marcos importantes a serem observados no desenvolvimento já nos primeiros meses de vida. A comunicação envolve interação

face-a-face e trocas afetivas entre o bebê e seus cuidadores (Trevvarthen, 1998; Lavelli & Fogel, 2005; Campanário & Pinto, 2006; Belini & Fernandes, 2007; Laznik, 2004). Estudos apontam, por exemplo, a preferência dos bebês pela face humana em detrimento a objetos neste primeiro momento de vida (Bushnell, Sai, & Mullin, 1989; Walton, Bower, & Bower, 1992; Bahrick, Gogate, & Ruiz, 2002; Lavelli & Fogel, 2005; Belini & Fernandes, 2007). Esse período é seguido por uma fase na qual objetos tornam-se interessantes para ser compartilhados com pessoas e inicia-se o que alguns autores chamam de atenção compartilhada, na qual há uma coordenação da atenção entre a dupla para compartilhamento de objetos ou experiências (Bosa, 2002; Belini & Fernandes, 2007). Inicia-se também a fase triádica (Carpenter, Nagell, & Tomasello, 1998; Bosa, 2002) ou terceiro tempo do circuito pulsional (Laznik, 2004). Nesta fase o bebê busca a interação com o outro, seja através do olhar, do sorriso, seja alcançando um brinquedo, ou subindo a sua barriga para receber cócegas enquanto olha para a sua mãe com olhar provocativo. É o momento em que o bebê consegue se fazer desejar pelo outro (Laznik, 2004). Independentemente das controvérsias em torno dos termos empregados, os autores concordam que o movimento do bebê em direção a formas mais sofisticadas de comunicação se dá em função do reconhecimento do mesmo de que suas ações têm algum efeito sobre os outros, isto é, têm poder comunicativo (Carpenter et al., 1998; Bosa, 2002; Bahrick et al., 2002; Laznik, 2004; Lavelli & Fogel, 2005; Campanário & Pinto, 2006; Belini & Fernandes, 2007; Guerra, 2009), passando a chamar a atenção dos que o cercam.

Todo esse percurso faz parte do desenvolvimento normotípico nos primeiros meses de vida. No entanto, quando esse processo de desenvolvimento não ocorre, é preciso atentar para sinais de alerta de riscos no desenvolvimento infantil.

Cramer e Palácio-Espasa (1993) defendem que as psicopatologias do bebê devem ser compreendidas a partir das perturbações relacionais entre pais-bebê. Guerra (2016) propõe que algo no encontro das subjetividades desses bebês e de seus pais falha e busca um entendimento do que acomete os bebês, propondo olhar o quadro a partir da relação do pequeno com seu ambiente cuidador.

Psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil

A abordagem psicoterápica pais-bebê foi se constituindo como uma intervenção psicológica inicial, buscando um efeito curativo e preventivo das relações vinculares e do desenvolvimento infantil, voltando-se para a relação/interação entre a mãe e o bebê (Pinto, 2000; Oliveira, Donelli, & Reuse, 2019). No entanto, a PPPb também surge no intuito de contribuir para que os sintomas do bebê não se cristalizem ou se tornem um transtorno mais sério (Feliciano & Souza, 2011), sendo indicada também para os casos em que se percebe que algo não vai bem no desenvolvimento deste bebê, como nos casos de risco no desenvolvimento infantil, por exemplo (Campanário & Pinto, 2006; Dudzele, 2012; Guerra, 2015; Jerusalinsky, 2018b; Laznik, 1997; 2004; 2015).

Diferentes estudos têm afirmado a importância da intervenção a tempo nos casos de risco no desenvolvimento infantil (Laznik, 1997; 2004; 2015; Kupfer et al., 2009; Macedo, 2010; Dudzele, 2012; Muratori & Narcizi, 2014; Gonçalves, Silva, Menezes, & Toniai; 2017; Jerusalinsky, 2018b). Um estudo realizado na Itália e publicado em 2014 com setenta crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com idades entre 24 e 48 meses que foram avaliadas no início do estudo e após seis meses de intervenção teve como objetivo avaliar o papel das intervenções precoces em crianças diagnosticadas com TEA, transtorno este que sinaliza problemas na constituição subjetiva já nos primeiros anos de vida. As crianças foram avaliadas pelas escalas

ADOS-G (Escala de Diagnóstico de Autismo por Observação), Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths e Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland. Os pais preencheram o Inventário MacArthur, o Questionário de Comunicação Social e a Lista de Verificação de Comportamento Infantil. Todas as crianças foram encaminhadas para intervenções disponíveis no sistema de saúde da Itália. Após o tratamento, a maioria das crianças ainda seguiu classificada pelo ADOS-G com TEA. No entanto, 21 (34,2%) passaram do autismo para o espectro autista e 3 (4,2%) passaram do espectro autista para nenhum espectro. Os efeitos do tratamento foram observados em relação ao funcionamento cognitivo, linguagem, comportamento adaptativo e comportamento infantil, sem diferenças entre as intervenções orientadas para o desenvolvimento e as orientadas para o comportamento. O envolvimento dos pais foi um mediador importante para o melhor resultado clínico. A pesquisa também alerta que melhores níveis iniciais de comunicação no envolvimento da criança e dos pais durante o tratamento têm um papel importante para um resultado positivo. No entanto, o próprio estudo alerta que um dos seus pontos fracos foi a identificação imprecisa das estratégias de tratamento aplicadas, não podendo fazer nenhuma hipótese sobre quais intervenções específicas no tratamento são mais pertinentes para um melhor resultado (Murattori & Narcizi, 2014).

A pesquisa acima, bem como diversos outros estudos encontrados apontam a emergência em estudar o processo de psicoterapia em casos de risco no desenvolvimento infantil, tendo em vista que não basta saber que é necessário intervir a tempo, mas é fundamental compreender que tipo de intervenções são necessárias e que psicoterapia é esta que estamos falando nos casos de PPPb com risco no desenvolvimento infantil. Percebe-se que grande parte dos artigos psicanalíticos sobre riscos no desenvolvimento infantil apenas citam o tratamento, mas não descrevem as

técnicas interventivas, como se a psicoterapia psicanalítica fosse única e aplicável a todo tipo de demandas, não descrevendo suas especificidades (Gonçalves et al., 2017; Muratori & Narcizi, 2014).

Avaliação de processo em psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil

Pensando no risco do desenvolvimento infantil focado nos problemas de constituição subjetiva (Kupfer et al., 2009), em que o contato com o outro e o desempenho de papéis nas relações encontra-se prejudicado, a literatura considera que se deve utilizar recursos técnicos que ofereçam uma diversidade de situações, promovendo várias possibilidades de interações e vinculações na psicoterapia (Laznik, 2004; Macedo, 2010; Dudzele, 2012; Pollak-Cornillot, 2013; Guerra, 2016). Para conhecer as intervenções terapêuticas específicas da PPPb com risco no desenvolvimento, é preciso avaliar o processo psicoterápico nestes casos específicos. Afinal, embora cada processo seja único, no tratamento de pacientes com o mesmo diagnóstico parece que normalmente encontram-se algumas semelhanças nos padrões de interação (Ramires, Carvalho, Schmidt, Fiorini, & Goodman, 2015). Estudos sobre o processo terapêutico auxiliam na compreensão de como se dá a mudança no decorrer do tratamento e a identificação de mecanismos de ação terapêutica (Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007; Cassel, Sanchez, Campezzatto, & Tiellet-Nunes, 2015). Os efeitos das intervenções psicoterapêuticas ao longo do processo podem esclarecer as conexões entre o tratamento e os diferentes resultados promovidos por ele, possibilitando o direcionamento de estratégias que levam a mudanças significativas no paciente (Peuker et al., 2009; Cassel et al., 2015).

Fonagy (2003) acredita que não se está pesquisando os diferentes tratamentos de modo significativo e de maneira a permitir uma discriminação e seleção entre tantas opções para os diferentes tipos de pacientes e psicopatologias. Kazdin (2000) e Ramires e Schneider (2016) alertam que a maior limitação da pesquisa em psicoterapia parece ser a escassez de estudos dedicados a explicar por que ou como os tratamentos funcionam.

Nos casos de PPPb com risco no desenvolvimento infantil não é diferente. Há descrição de estudos de caso de intervenções terapêuticas em que os bebês apresentaram progressos (Laznik, 1997; 2004; 2013; 2015; Guerra, 2009; 2015; 2016; Muratori & Narcizi, 2014), mas há uma escassez de estudos de avaliação de processo, focada na intervenção terapêutica. Portanto, é preciso pensar nas técnicas de intervenção específicas para pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, uma vez que a psicoterapia de orientação analítica não é a mesma para todos os pacientes.

Serra (2010) e Bialer (2014) sugerem o uso de técnicas como a ecolalia e o espelhamento nos casos de crianças com problemas na constituição subjetiva e aponta que a técnica se apoia nas intervenções da relação mãe-bebê, já que o bebê normotípico tenta imitar os gestos e sonoridades de sua mãe e isso só é possível porque, para que o mesmo possa existir psiquicamente, é necessário espelhar e ser espelhado. Portanto, pensar nas técnicas como espelhamento e ecolalia parecem de fundamental importância na PPPb com risco no desenvolvimento infantil, uma vez que temos um bebê que não está conseguindo se constituir subjetivamente e a técnica é utilizada no desenvolvimento inicial, possibilitando que o psicoterapeuta intervenha diretamente no laço (Laznik, 2004) mãe/pai-bebê, buscando, através do espelhamento, que o bebê perceba o outro e se perceba a partir do outro.

A literatura focada nas intervenções terapêuticas de abordagem psicanalítica aponta que o trabalho de PPPb com risco no desenvolvimento infantil também necessita de intervenções de encenação e representações de diferentes funções e papéis (pai, mãe, filho) para serem assumidas transferencialmente (Macedo, 2010; Dudzele, 2012; Laznik, 2004). Para Laznik (2004), o trabalho do psicoterapeuta com o bebê com risco no desenvolvimento e seus pais é semelhante ao psicodrama psicanalítico: desempenhar papéis para possibilitar representações que ainda são empobrecidas nesta relação. O psicoterapeuta atua como representante, por vezes do bebê, por vezes da mãe e/ou pai, na encenação da psicoterapia, nomeando, para ambos, aquilo que ambos não conseguem perceber. Laznik (2015) frisa constantemente em sua teoria o papel da prosódia adaptada ao bebê e da musicalidade da voz do cuidador, bem como o uso da prosódia do psicoterapeuta, como instrumento fundamental para o tratamento nos casos de bebês com risco no desenvolvimento infantil. Segundo a autora, no ritmo da fala da mãe ou do psicoterapeuta encontra-se um instrumento para despertar esses bebês, chamando sua atenção e convocando-os à interação através do encantamento que essa fala com melodia provoca.

Portanto, as intervenções terapêuticas em PPPb com risco no desenvolvimento infantil possuem suas particularidades e necessitam de pesquisa e estudo para melhor compreensão do processo terapêutico nestes casos específicos. Compreender como se caracteriza o processo psicoterápico, no que diz respeito às intervenções terapêuticas, numa PPPb com risco no desenvolvimento infantil e como os indicadores de risco desse bebê se comportam ao longo da psicoterapia foi o objetivo desta dissertação e o que norteou a escrita dos dois artigos que são apresentados a seguir.

Artigo I - Intervenções Terapêuticas em Psicoterapia Psicanalítica Pais-Bebê com Risco No Desenvolvimento Infantil: Avaliação de Processo

Resumo

O objetivo deste estudo é compreender o processo psicoterápico na psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, focando nas intervenções terapêuticas. Participaram da pesquisa um bebê de 4 meses no início da psicoterapia, com risco no desenvolvimento infantil - avaliado a partir do IRDI - seus pais e uma psicoterapeuta. Foram realizadas 30 sessões de psicoterapia pais-bebê que ocorreram ao longo de nove meses, registradas em áudio e vídeo e posteriormente descritas detalhadamente para classificação e análise das intervenções por dois juízes independentes. Foi realizada análise de frequência e análise qualitativa dos dados coletados. Os resultados apontaram que houve mudança nos tipos e quantidades das intervenções terapêuticas utilizadas ao longo do tratamento. As intervenções que mais ocorreram foram aquelas específicas da psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, nomeadas como prosódia. Sabe-se que ainda há muito a ser explorado e outros estudos seriam necessários para entender como se caracterizam outras intervenções em psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, tendo em vista que este caso pode ter suas especificidades, levando em consideração a história da família e a formação e as características pessoais da psicoterapeuta.

Palavras-chave: risco no desenvolvimento infantil; avaliação de processo; intervenção terapêutica; psicoterapia pais-bebê.

Therapeutic Interventions in Psychoanalytic Psychotherapy Parents-Baby at Risk in Child Development: Process Evaluation

Abstract

The aim of this study is to understand the psychotherapeutic process in psychoanalytic parent-infant psychotherapy at risk in child development, focusing on therapeutic interventions. A 4-month-old baby at the beginning of psychotherapy, at risk for child development - assessed from the IRDI - and his parents and a psychotherapist participated in the research. 30 parent-baby psychotherapy sessions took place over nine months⁹ months, filmed recorded in audio and video and later described in detail for classification and analysis of interventions by two independent judges. Frequency analysis and qualitative analysis of the collected data were performed. The results showed that there was a change in the types and quantities of therapeutic interventions used throughout the treatment. The interventions that most occurred were those specific to psychoanalytic parent-infant psychotherapy at risk in child development, named as prosody. It is known that there is still much to be explored and further studies would be necessary to understand how other interventions in psychoanalytic psychotherapy with parents and children at risk in child development are characterized, considering that this case may have its specificities, taking into account the history of the family and the psychotherapist's training and personal characteristics.

Keywords: child development risk; process assessment; therapeutic intervention; parent-baby psychotherapy.

Introdução

A avaliação de processo em psicoterapia é ampla e pode ocorrer pela interação de variáveis relacionadas ao paciente, ao terapeuta e à relação estabelecida entre eles, que seria o aspecto interpessoal do processo (Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009; Cassel, Sanchez, Campezzato, & Tiellet-Nunes, 2015; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007). Entre as variáveis relacionadas ao terapeuta e que podem repercutir tanto no processo como na resposta à intervenção psicoterápica, pode-se citar a competência técnica, a experiência clínica e o estilo pessoal do psicoterapeuta. O estilo pessoal do terapeuta compreende características como autenticidade e capacidade empática, entre outras, sendo que essas variáveis podem representar obstáculos e/ou facilitadores ao tratamento (Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez & Garcia, 2006). Em relação aos efeitos das intervenções psicoterapêuticas ao longo do processo, estudos (Peuker et al., 2009; Cassel et al., 2015) indicam conexões entre o processo e os diferentes resultados promovidos por ele, possibilitando o direcionamento de estratégias que levam a mudanças significativas no paciente.

A Psicoterapia Psicanalítica Pais-bebê (PPPb) com risco no desenvolvimento infantil é uma parte da PPPb que possui suas particularidades, uma vez que se trata de um atraso no desenvolvimento do bebê e de um possível risco diagnóstico (Campanário & Pinto, 2006; Guerra, 2015; Jerusalinsky, 2018; Laznik, 1997; 2004; 2015). Neste sentido, as intervenções focam na interação da psicoterapeuta com o bebê e dele com os seus pais (Jerusalinsky, 2018; Kupfer et al., 2009; Laznik, 1997; 2004; 2015), diferentemente das psicoterapias pais-bebê que trabalham a partir da noção de transgeracionalidade, por exemplo, e que direciona as intervenções à mãe (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975). Um grande número de pesquisas em psicoterapia pais-bebê analisa o tratamento para melhorar os sintomas emocionais da mãe, especialmente a

sintomatologia depressiva (Berg, 2012; Frizzo, Prado, Linares, & Piccinini, 2011; Paris, Spielman, & Bolton, 2009; Salomonsson, Sorjonem, & Salomonsson, 2015) e, portanto, focam as intervenções na figura materna e/ou na interação da mãe com seu bebê a partir dos conflitos maternos.

As queixas sobre os sintomas psicofuncionais do bebê são uma das principais demandas para as psicoterapias pais-bebê (Cramer, 1997; Schwochow, Pedrotti, Mallmann, Silva, & Frizzo, 2019) e a literatura aponta que a técnica se baseia, em grande parte, em direcionar as intervenções aos pais – mais precisamente à mãe (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Golse, 2003).

Lebovici (1987) desenvolveu uma abordagem denominada consultas terapêuticas, que seriam observações da interação mãe-bebê – e outros membros da família, quando se fizesse necessário – a fim de ajudar os pais a compreender suas motivações conscientes e inconscientes com relação ao comportamento com seu bebê. Stern (1997) propôs o uso de escalas para avaliar o desenvolvimento do bebê, a observação da interação mãe-bebê e a própria psicoterapia pais-bebê em si. O autor desenvolveu uma abordagem que visa modificar as representações parentais e entende que os comportamentos interativos são o ponto de partida de uma busca do mundo representacional da mãe. Stern (1997) sugere o uso de gravações de vídeos da interação mãe-bebê que possam ser assistidos pela mãe para que ela acesse suas representações, ligando-as à forma como interage com o seu bebê.

Para Cramer e Palácio-Espasa (1993) é necessário realizar uma conexão entre os conflitos infantis da mãe e a interação mãe-bebê atual. Nesta abordagem a interpretação desses conflitos é considerada a força maior de mudança na psicoterapia (Prado et al., 2009).

McDonough (1993) desenvolveu a orientação interacional baseada na análise de vídeos das sessões junto com a família, buscando melhorar o sentimento de competência dos pais com relação ao seu bebê. Já a abordagem de Dolto (2002) sugere interpretações verbais diretas ao bebê e defende que ele seria capaz de entendê-las quando bem colocadas e que a mãe, ao ouvi-las, modificaria seu comportamento manifesto com o bebê e, conseqüentemente, o comportamento deste bebê também se modificaria.

Laznik (2015) trabalha com uma abordagem de psicoterapia pais-bebê específica para bebês com risco no desenvolvimento no que diz respeito à sua constituição psíquica. A autora sugere que, nestes caso, o psicoterapeuta convoque os bebês à interação através de uma intervenção de prosódia, que seria uma fala rítmica característica do manhês, com frequência mais alta, ritmo mais lento, e contornos de entonação exagerados (Grieser & Kuhl, 1988, Mahdahaoui et al., 2010). Estudos apontam que este tipo de intervenção desempenha um papel importante na interação social, sendo responsável por atrair a atenção do bebê e transmitir afeto emocional (Fernald & Kuhl, 1987; Mahdahaoui et al., 2010). O papel da psicoterapia com bebês com indicadores de risco no desenvolvimento quanto à sua constituição subjetiva seria, segundo Laznik (2013), o de despertar o desejo de se engajar na troca com o outro: ouvir a voz humana e olhar o seu entorno.

Laznik (2003) entende que se pode perceber os riscos nos primeiros meses de vida quando há problemas de ordem da constituição psíquica deste sujeito e que esta é consequência de uma falha no estabelecimento desse laço entre pais e bebê, fundamental para a emergência de um sujeito. No entanto, a autora alerta que não é o bastante que os pais desejem investir libidinalmente no seu bebê, é necessário também, entre outros fatores, que o bebê corresponda a essas investidas, que seja capaz de

realizar um gesto ou um olhar em direção aos pais (Laznik, 2013). Afinal, para a psicanalista, há bebês que nascem com uma pré-disposição para alguns transtornos e os estímulos não são suficientes para que se desenvolvam bem. Isso gera grande sofrimento para os pais, pois os traços autísticos do bebê modificam o estado psíquico materno, destruindo, muitas vezes, sua capacidade de ser mãe e pai (Laznik, 2015). O trabalho da psicoterapia seria realizar uma “reanimação psíquica” neste bebê e o trabalho com os pais estaria também permeado pela missão de impedir que desistam da interação com o filho (Laznik, 2013).

Os efeitos benéficos de uma intervenção psicanalítica precoce vêm sendo descritos pela literatura há 70 anos (Klein, 1930; Mahler, 1952; Mannoni, 1967; Bettelheim, 1987; Laznik, 1991; Jerusalinsky, 1993). Nos últimos anos, com ainda mais ênfase, os resultados de diferentes estudos confirmaram, de diferentes maneiras, a importância da intervenção a tempo nos casos de risco no desenvolvimento infantil (Laznik, 1997; 2004; 2015; Kupfer et al., 2009; Macedo, 2010; Dudzele, 2012; Muratori & Narcizi, 2014; Gonçalves, Silva, Menezes, & Tonial, 2017; Jerusalinsky, 2008; Teperman, 2005). Já se sabe que intervir a tempo nos casos de bebês com risco pode fazer a diferença no prognóstico futuro (Jerusalinsky, 2008; Laznik, 2015).

Embora vários estudos apontem a importância da PPPb como uma intervenção inicial, ainda são poucos os que se voltaram para a avaliação de processo deste tipo de psicoterapia (Brum, Gomes, & Piccinini, 2018) e a maioria dos artigos pesquisados avalia o resultado da psicoterapia na perspectiva dos estudos de eficácia (Goodman, Prager, Goldstein, & Freeman, 2015; Fonagy, Sled, & Baradon, 2016; Salomonsson et al., 2015), sendo que poucos enfatizam o processo em si (Brum et al., 2018).

Por isso, se faz necessário pesquisar a respeito das intervenções específicas para a PPPb com risco no desenvolvimento infantil, tendo em vista que a psicoterapia não é a

mesma para todas as demandas e, conforme alerta Fonagy (2003), não se está pesquisando os diferentes tratamentos de modo significativo e de maneira a permitir uma discriminação e seleção entre tantas opções para os diferentes tipos de pacientes e psicopatologias. Pensando especificamente no risco para o desenvolvimento infantil focado nos problemas de constituição subjetiva (Kupfer et al., 2009), em que o contato com o outro e o desempenho de papéis nas relações encontra-se prejudicado, a prática clínica ensina que a instauração do aparelho psíquico se faz desde muito cedo, que a plasticidade do aparelho psíquico para fazer suplências existe, mas a idade da intervenção é um dado central, pois é necessário intervir para que a estrutura que dá suporte ao desenvolvimento possa se instaurar antes da organização de uma futura deficiência ou transtorno (Jerusalinsky, 2018). A literatura considera que se deve utilizar recursos técnicos que ofereçam uma diversidade de situações, promovendo várias possibilidades de interações e vinculações no tratamento psicoterápico de bebês com risco no desenvolvimento (Laznik, 2004; Macedo, 2010; Dudzele, 2012; Pollak-Cornillot, 2013; Guerra, 2016).

Enfim, conforme já mencionado, estudos de caso apontam que as intervenções dos psicoterapeutas na clínica de bebês com risco no desenvolvimento infantil possuem suas particularidades. No entanto, é preciso avaliar o processo psicoterápico nestes casos específicos para compreender como se caracterizam as intervenções ao longo do tratamento e os seus efeitos para a tríade pais-bebê. Afinal, embora cada processo seja único, no tratamento de pacientes com o mesmo diagnóstico parece que normalmente encontram-se algumas semelhanças nos padrões de interação (Ramires, Carvalho, Schmidt, Fiorini & Goodman, 2015). A avaliação do processo em psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil também se faz necessária para compreendermos que outras intervenções - além da prosódia - também fazem parte do

tratamento e como se dá esse processo com o bebê com risco para a constituição psíquica e seus pais.

Assim, o objetivo deste estudo é compreender como se caracterizam as intervenções terapêuticas ao longo do processo de psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil.

Método

Delineamento

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa e o delineamento é um estudo de caso único, exploratório e longitudinal. O estudo de caso, segundo Yin (2010), é uma investigação empírica utilizada para pesquisar uma situação específica quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão bem definidos. É exploratório na medida em que há uma escassez de pesquisas sobre avaliação de processos em psicoterapia psicanalítica pais-bebê (PPPb) e não se tem instrumentos específicos para mensurá-la. Portanto, a escolha pelo estudo de caso exploratório se dá a fim de buscar informações e explorar o tema de avaliação de processos em PPPb com riscos no desenvolvimento infantil baseado num caso em acompanhamento psicoterápico.

Participantes

Participaram do estudo um bebê com risco no desenvolvimento infantil, avaliado pelo instrumento IRDI, com 4 meses de vida no início do tratamento, o pai e a mãe deste bebê. Também participou desta coleta de dados uma psicoterapeuta com formação Psicanalítica e especialização em Transtornos do Desenvolvimento na Infância, com 14 anos de experiência clínica, que realizou a intervenção proposta.

O bebê não possui outro diagnóstico, tal como Síndrome de Down, dificuldades auditivas já presentes no teste da orelhinha ou cardiopatias presentes no teste do coraçãozinho. Os pais não apresentaram sintomas psiquiátricos severos, tais como sintomas de Transtorno Depressivo Maior, Esquizofrenia, Transtorno Borderline de Personalidade, Dependência Química, entre outros que pudessem interferir drasticamente na compreensão dos instrumentos aplicados durante a pesquisa ou no próprio processo psicoterápico da tríade pais-bebê. Estes critérios foram avaliados a partir de sintomas autorrelatados e observados pela pesquisadora na entrevista inicial.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados:

— **Ficha de contato inicial** (Apêndice B) – ficha com dados de identificação e de contato, e informações sobre diagnóstico clínico e uso de medicação. Foi utilizada para fins de triagem.

— **Caderneta de saúde da criança** – documento que contém dados sobre testes prévios realizados pela criança, tais como teste da orelhinha, do pezinho e do coraçãozinho, e alertam para outros complicadores que poderiam ser critérios de exclusão do bebê na pesquisa.

— **IRDI – Indicadores (Clínicos) de Risco do Desenvolvimento Infantil** (Apêndice A) – O instrumento tem por objetivo verificar indicadores clínicos para a detecção precoce de risco para o desenvolvimento e constituição psíquica na primeira infância. É composto por 31 indicadores clínicos de risco ou de problemas no desenvolvimento infantil observáveis e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. Quanto maior for o número de indicadores que não são manifestados pelo bebê ou pela mãe e o pai, maiores são os indícios de risco no desenvolvimento infantil.

Poucos indicadores clínicos de risco representam questões relacionadas às dificuldades de ordem subjetiva que afetam o desenvolvimento, mas não prejudicam a instalação do sujeito psíquico, como por exemplo a hiperatividade, problemas com regras e lei e enurese. Muitos indicadores negativos representam “problemas na constituição subjetiva” (Kupfer et al., 2009, p.8) que abarcaria os problemas estruturais no processo de constituição do sujeito, apontando um risco prognóstico em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados Transtornos de Espectro Autista (Kupfer et al., 2009).

O IRDI foi aplicado para verificar se o bebê estava dentro do critério de inclusão da pesquisa como um bebê que apresentava riscos no desenvolvimento infantil e, posteriormente, a fim de avaliar se os indicadores clínicos de risco seguiam os mesmos ou se houve alterações ao longo do processo da pesquisa (estas aplicações subsequentes não serão utilizadas na análise de dados deste artigo).

— **Gravação de vídeos** – durante todo o processo psicoterápico as sessões foram gravadas em vídeo (30 sessões) para serem transcritas posteriormente, a fim de observar quais as intervenções terapêuticas foram utilizadas no processo psicoterápico e quais as reações do bebê e dos pais frente a essas intervenções e, ainda, quais modificações ocorreram ao longo do processo nas intervenções da psicoterapeuta.

Procedimentos de Coleta de dados

Foi feito contato inicial com a instituição na qual se realizou a pesquisa, para obter carta de anuência. Esta instituição é uma clínica privada transdisciplinar de infância e adolescência localizada na região metropolitana de Porto Alegre. O projeto passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos para aprovação em dezembro de 2019 (CAAE nº 26424619.9.0000.5344). Em seguida, foram visitados

pediatras do município para a entrega dos convites para os pais de bebês com possível risco no desenvolvimento infantil, a fim de encontrar bebês entre quatro e nove meses de vida que pudessem ser encaminhados para a instituição para uma avaliação, tendo em vista que a instituição em que foi realizada a pesquisa geralmente recebe crianças mais velhas. A tríade pais-bebê que participou da pesquisa foi encaminhada por um pediatra da região que percebeu estes riscos no desenvolvimento a partir dos relatos da mãe sobre dificuldade de vinculação com o bebê e outras dificuldades tais como raro contato ocular da bebê com a mãe, choro estridente por um longo período de tempo e irritabilidade extrema.

A tríade chegou à instituição em que foi realizada a pesquisa para a triagem e preencheu a Ficha de Contato Inicial. Os pais trouxeram a caderneta de saúde da criança na triagem para verificar outros dados do bebê, tais como apgar, teste da orelhinha e do coraçãozinho, a fim de verificar critérios de inclusão e/ou exclusão para a pesquisa. Em seguida, a pesquisadora realizou uma avaliação com o bebê onde se observou que havia indicadores clínicos que representavam problemas estruturais na constituição do sujeito - critério de inclusão na pesquisa que será detalhado na seção de resultados. O bebê e os pais foram avaliados através do instrumento IRDI (Indicadores Clínicos de Risco do Desenvolvimento Infantil – Kupfer et al., 2009). Após constatar que a tríade fechava critérios para participação na pesquisa, os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A psicoterapeuta com orientação analítica e especialização em transtornos do desenvolvimento - que faz parte da equipe da instituição em que ocorreu a pesquisa - também foi convidada para participar do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Psicóloga.

Na semana seguinte iniciou-se a PPPb semanalmente, com a tríade e a psicoterapeuta (que não é a pesquisadora). Todas as sessões foram gravadas em vídeo para transcrição e análise posterior.

No presente trabalho foram consideradas 30 sessões de psicoterapia, sendo que a primeira ocorreu quando a bebê tinha quatro meses e a última quando ela tinha um ano e um mês. A proposta inicial eram seis meses de intervenção, no entanto, com a chegada da pandemia e tendo sessões que não foram gravadas e aconteceram de forma remota durante um mês, resolveu-se estender a pesquisa e arredondou-se para nove meses de tratamento.

Procedimentos de análise de dados

Os dados obtidos através da Ficha de Contato Inicial, da Caderneta de Saúde da Criança e dos IRDIs observados na entrevista inicial serviram para a seleção/triagem do caso. A análise dos dados obtidos através dos vídeos foi realizada a partir da observação das 30 sessões realizadas e gravadas ao longo do tratamento, num período total de nove meses, buscando investigar as intervenções utilizadas pela psicoterapeuta na PPPb com risco no desenvolvimento infantil. Inicialmente, transcreveu-se as 30 sessões gravadas e, posteriormente, classificou-se as intervenções da psicoterapeuta. Para analisar as intervenções, dois juízes independentes foram treinados e utilizaram categorias temáticas definidas *a priori*, a partir das intervenções já descritas na literatura para a psicoterapia pais-bebê, que são: intervenções de apoio, assinalamento, confrontação, informação propriamente dita e interpretação transgeracional (Brum et al., 2018), além da intervenção de encenação, mais específica para PPPb com risco no desenvolvimento infantil – principalmente risco para a constituição psíquica do sujeito (Laznik, 2004; Macedo, 2010; Dudzele, 2012; Guerra, 2016), incluindo nesta categoria as

intervenções de prosódia (Laznik, 1997; 2004; 2015) e espelhamento (Serra, 2010; Bialer, 2014). Uma breve definição de cada uma das cinco categorias e suas subcategorias, utilizadas para classificar as intervenções no presente estudo, é apresentada no quadro abaixo.

Quadro 1.

Categorias e subcategorias

Tipo De Intervenção	Intervenção Propriamente Dita	Caracterização da Intervenção
1. Intervenção destinada a influenciar o paciente	A) Apoio	Terapeuta apoia ou reforça algum comportamento do paciente através de intervenções, com verbalizações, condutas, reflexões ou sentimentos. Lembrando que apoio não é dar conselhos, consolo, falar o que o paciente quer ouvir. O apoio exige competência e ética por parte do terapeuta, buscando sintonizar aspectos construtivos e potencialidades latentes, que podem estar ocultas ou bloqueadas (Etchegoyen, 1987).
2. Intervenções destinadas a obter informações do paciente	A) Assinalamento	Terapeuta assinala ou chama a atenção para parte do discurso do paciente. Como o nome sugere, refere-se a momentos, durante a sessão, em que o terapeuta assinala algo relevante que veio no discurso do paciente (Etchegoyen, 1987). A intenção é que o terapeuta chame a atenção do paciente, fazendo com que fique atento às questões trazidas por ele, buscando e pensando em mais informações, tensionando o campo e com isso fazendo o paciente refletir sobre seus pensamentos e sentimentos (Brum, 2018).

	<p>B) Confrontação</p>	<p>Terapeuta confronta aspectos contraditórios com relação a sentimentos, conduta ou pensamentos do paciente (Etchegoyen, 1987). Trata-se de momentos em que o terapeuta identifica algo que o paciente evita ou minimiza, destacando, na fala do mesmo, dois aspectos distintos e contraditórios, com a intenção de colocá-lo em um dilema, percebendo, assim a contradição e buscando suas reflexões (Brum, 2018).</p>
<p>3. Intervenções destinadas a informar o paciente</p>	<p>A) Interpretação Transgeracional</p>	<p>É o caminho que a compreensão do terapeuta percorre de modo a ir do conteúdo manifesto ao conteúdo latente, tornando consciente aquilo que até então estava inconsciente. Para Freud (1948), interpretar é o ato de dar sentido ao material que tem sempre a ver com a experiência do conflito e do desejo, é explicar o significado de um desejo inconsciente, é o trazer à luz determinada pulsão (Etchegoyen, 1987). O terapeuta oferece uma informação pertinente à realidade do paciente. Na PPPb pode-se pensar que o bebê pode trazer desde antes do seu nascimento um histórico de patologias dos pais. É como se o genitor estivesse condenado a repetir com seu bebê a tragédia de sua própria infância (Brum, 2018). Logo, só se pode alterar a relação dos pais-bebê elaborando uma repetição e intervindo na interpretação transgeracional dos conflitos inconscientes existentes.</p>

	<p>B) Esclarecimento</p> <p>C) Informação propriamente dita</p>	<p>Terapeuta esclarece algo que o paciente disse, reorganizando a informação (Etchegoyen, 1987).</p> <p>Terapeuta oferece informação que ajude o paciente a uma melhor compreensão da realidade. De acordo com o próprio nome, momentos em que o terapeuta dá informações ao paciente, fornecendo elementos para compreender a realidade (Etchegoyen, 1987).</p>
<p>4. Intervenção específica da psicoterapia pais-bebê</p>	<p>A) Encenação</p>	<p>É uma intervenção na qual o terapeuta comunica-se com os pais buscando colocar-se no lugar do bebê, falando pelo bebê ou ainda, quando o terapeuta se dirige ao bebê enquanto fala aos genitores. Ocorre devido à capacidade empática do terapeuta, nomeada como empatia metaforizante (Lebovici, Solis-Ponton, & Menendez, 1995/2004). A fala direcionada do terapeuta ao bebê contém mais que um mero fluxo de palavras e componentes não verbais, o bebê presta atenção em um terapeuta que o atende, sendo capaz de perceber alterações emocionais no terapeuta, e o bebê se interessa por um terapeuta que procura falar a verdade sobre os conflitos relacionais dele com sua mãe (Brum, 2018; Salomonsson & Salomonsson, 2017).</p>
<p>5. Intervenções específicas da psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil</p>	<p>A) Espelhamento</p>	<p>A função de espelhamento para Winnicott (1967b/1975) refere-se em como o rosto da mãe precisa “ver” e “ser visto” pelo bebê, assim como precisa se diferenciar dela. Conforme Winnicott (1967b/1975, p. 154) “a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha</p>

	<p>B) Prosódia/Ecolalia</p>	<p>relacionado com o que ela vê ali”. Para Klinger (2010), em casos de risco no desenvolvimento, o terapeuta deve intervir como um intérprete para a criança, como um espelho, onde o paciente possa se ver e a mãe consiga ver as possibilidades do seu filho. O terapeuta deve reconhecer um valor significativo na produção da criança, para que, em seguida, ela também veja isso (Laznik, 2004).</p> <p>Laznik (2015) defende a prosódia adaptada ao bebê e a musicalidade da voz do cuidador, à medida que acredita que no ritmo da fala da mãe ou do terapeuta existe um valioso instrumento para chamar a atenção dos bebês, chamando-os à interação, estimulando-os, entrelaçando esses bebês no setting a partir do encantamento que essa fala traz. Com isso, há uma reanimação das pulsões, trazendo o bebê para as relações afetivas.</p>
--	------------------------------------	--

Importante salientar que as intervenções terapêuticas não são unicamente verbais. No entanto, apenas as intervenções verbais foram analisadas nesta pesquisa.

Após a classificação das intervenções verbais por dois juízes independentes, ambos se reuniram para discutir e fazer o consenso das classificações. Na sequência, foi realizada uma síntese quantitativa de caráter ilustrativo, a fim de descrever os tipos e frequência das intervenções utilizadas pela terapeuta. Já a análise qualitativa, através da categorização das intervenções, permitiu identificar aquelas mais e menos utilizadas pela psicoterapeuta mas, especialmente, as mudanças na utilização de determinadas intervenções ao longo do tempo.

Resultados e Discussão

A seguir é apresentada uma breve descrição e contextualização do caso. Na sequência, busca-se ilustrar e contextualizar o emprego das intervenções ao longo das sessões, trazendo algumas vinhetas. Por fim, realiza-se um comparativo entre as intervenções ao longo do tratamento, discutindo-se similaridades e contrastes à luz da literatura.

Caracterização geral do caso

A psicoterapia pais-bebê, objeto da presente pesquisa, teve início em fevereiro de 2020 com um bebê de quatro meses chamada Elis, seus pais Gabriela e Jorge, e a terapeuta Renata (nomes fictícios). A pediatra encaminhou a família para a pesquisa porque a mãe de Elis relatava não conseguir estabelecer um vínculo com a filha. Já na entrevista inicial com a pesquisadora foi possível perceber que a bebê chorava muito, era difícil da mãe conseguir acalmá-la, bem como não conseguia aconchegá-la em seu colo. Elis parecia distante e pouco conectada com a mãe que relatava que a filha não gostava de contato e que, por vezes, ela tinha dúvida se a menina escutava, embora no teste da orelhinha não tenha aparecido nenhuma anormalidade. Em consulta com a gastropediatra para verificar se Elis tinha alguma alergia ou intolerância, a médica relatou à mãe que a bebê não tinha sorriso social e parecia bastante apática. Dentre os cinco Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil - IRDI (Kupfer et al., 2009) respectivos a sua faixa etária, Elis apresentava os cinco ausentes, sinalizando alto risco. Segue abaixo os indicadores para melhor explanação:

1. **Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.** A mãe de Elis não conseguia identificar o seu choro e isso parecia desesperar ambas – mãe e bebê. Elis

chorava bastante e Gabriela tentava inúmeras formas de acalmá-la, mas não tinha sucesso.

2. **A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).** Não havia uma entonação na fala da mãe dirigida a Elis. A fala era sobre a filha, mas não para a filha.

3. **A criança reage ao manhês.** Elis não reagia ao manhês porque ele também não existia na fala da mãe. Na avaliação, quando a pesquisadora se utilizou do manhês (prosódia), Elis também não se interessou muito.

4. **A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.** A mãe não aguardava a reação da bebê, embora o choro era tão estridente que angustiava a própria pesquisadora durante a avaliação inicial.

5. **Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.** O contato ocular era raríssimo entre ambas, praticamente inexistente. Mesmo quando Elis estava no colo da mãe, sendo ninada para dormir, ela não buscava o olhar da mãe. A mãe chegou relatando que “não conseguia fazer vínculo com a filha” e chamou muito a atenção da pesquisadora o termo vínculo utilizado pela mãe por se tratar de um termo mais técnico. Gabriela se sentia angustiada por não conseguir se conectar com a filha, percebendo que a mesma também não buscava a mãe nessa conexão.

Nas primeiras consultas apenas mãe e filha estavam participando da psicoterapia. Após um mês de acompanhamento ocorreu a chegada da pandemia de Covid-19 e se precisou suspender os atendimentos presenciais. A família aceitou seguir realizando os atendimentos de forma on-line, o que ocorreu durante um mês. Nas chamadas de vídeo on-line tanto a mãe quanto o pai e a Elis estavam presentes e participavam do atendimento. Essas sessões não foram gravadas.

Tão logo a instituição retornou aos atendimentos presenciais, assim também Elis e seus pais retornaram às consultas na instituição. A família sempre se fez presente nos atendimentos e demonstrou uma ótima aliança terapêutica com a psicoterapeuta. Surgiram, ao longo do tratamento, muitas questões relacionadas a como Elis era percebida pelos pais, quais as expectativas, medos e comparações com a irmã mais velha, de seis anos. Tanto pai quanto mãe tinham uma boa capacidade cognitiva e, aos poucos, também foram conseguindo desenvolver uma capacidade empática com a filha. No início a mãe demonstrava um discurso bastante intelectualizado e uma necessidade de que tudo estivesse sob controle. Já o pai era um pouco mais distante.

Ao longo do tratamento o pai de Elis foi se aproximando e construindo um vínculo mais consistente com a filha, sendo também uma excelente rede de apoio para a mãe. Elis passou a interagir mais, sendo num primeiro momento com a psicoterapeuta e em seguida com a mãe e o pai. A família relatava que a menina adorava o espaço da terapia, o que se pode pensar que também é uma forma de manifestar que os pais se sentiam muito bem no *setting* terapêutico.

O pai e a mãe foram demitidos dos seus respectivos trabalhos ao longo do tratamento e contaram com o apoio da psicoterapia também neste momento. A família tinha uma reserva financeira, o que fez com que as demissões não se tornassem ainda mais ansiogênicas. Em virtude de estarem todos em casa, os pais se aproximaram muito da Elis neste período e demonstraram um olhar atento à menina. Um mês antes do término da pesquisa o pai tinha se recolocado profissionalmente.

Tanto a relação da mãe quanto a relação do pai com a psicoterapeuta eram muito boas e ambos participavam ativamente das consultas, trazendo dúvidas, informações e ansiedades. Na última sessão analisada neste trabalho, Elis estava com um ano e um mês. Já estava caminhando e os primeiros passos sozinha, segundo a mãe, foram dados

numa sessão de psicoterapia, o que parece bastante representativo para o caso. Elis também já falava várias palavrinhas e buscava o pai e a mãe para brincarem com ela durante a sessão. Ao término da pesquisa a mãe foi encaminhada para a estagiária da instituição para tratamento e a psicoterapeuta da pesquisa combinou encontros mensais com a tríade para seguir acompanhando o desenvolvimento de Elis.

Intervenções empregadas nas sessões de psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil

Para fins de organização e análise dos dados coletados, as 30 sessões que foram realizadas ao longo de nove meses de tratamento estão divididas em quatro etapas: avaliação, início do tratamento propriamente dito, meio do tratamento e fim do tratamento. Embora a tríade não tenha recebido alta ao final da pesquisa - eles foram encaminhados para seguir atendimento com a estagiária da instituição - optou-se pela terminologia “fim do tratamento” para melhor organizar e avaliar os dados da pesquisa, já que finalizaram a psicoterapia com a psicoterapeuta do presente estudo.

Período de avaliação

O período de avaliação que foi considerado neste estudo compreende cinco sessões. Durante a avaliação foi realizada a coleta de informações, chamada de anamnese, e as observações da psicoterapeuta. É o período em que as primeiras impressões são geradas, tanto por parte da psicoterapeuta quanto por parte da família. Este momento é importante para que se torne possível a construção do vínculo entre terapeuta e pacientes e é essencial para dar seguimento à psicoterapia (Oliveira & Benetti, 2015).

Segue o gráfico das intervenções que ocorreram em cada sessão neste período:

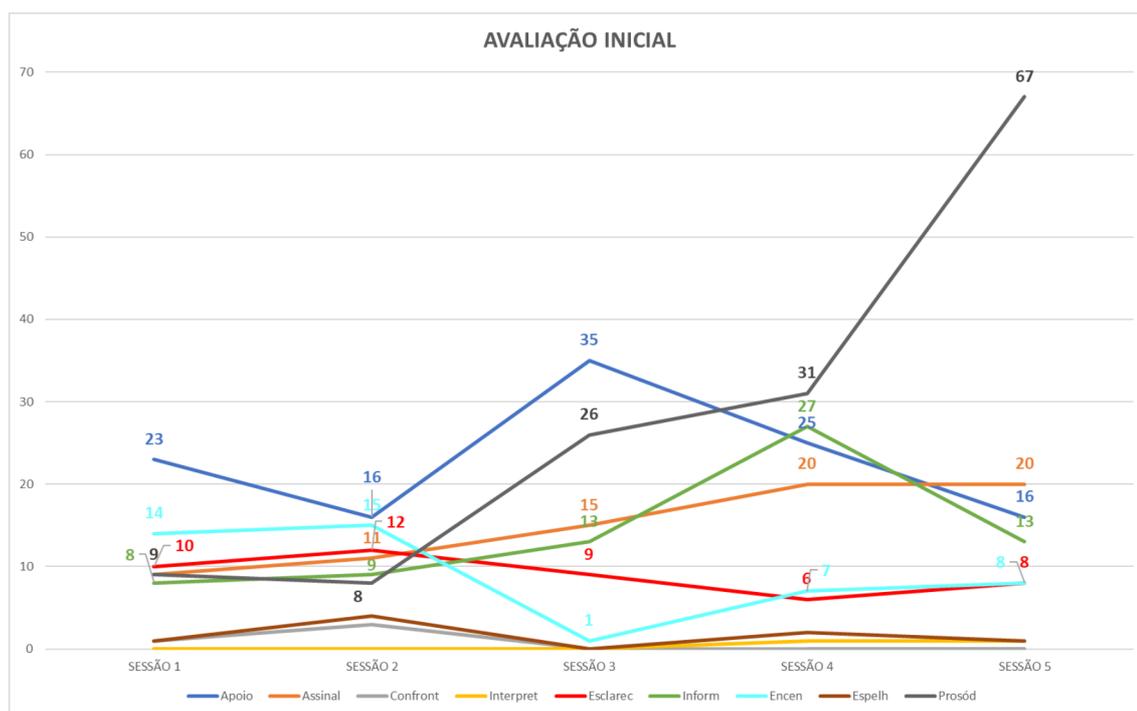


Figura 1. Intervenções utilizadas no período de avaliação

Percebe-se que neste período de avaliação as intervenções de apoio foram aquelas que se mostraram mais presentes, principalmente nas três primeiras sessões. A informação de apoio é identificada quando o terapeuta, segundo Etchegoyen (1987), reforça ou apoia o comportamento do paciente, e pode ser ilustrada na vinheta da sessão 2:

Mãe: - Fico pensando assim ah, ela já dormiu no bercinho dela, pego a mamadeira volto ali ela também já dorme um período maior e a gente também consegue descansar um pouco mais né?

A psicoterapeuta apoia com a seguinte intervenção: - Claro, e que é fundamental pra ti também poder descansar.

Mãe complementa: - É, até pra poder cuidar dela assim melhor, né?

As intervenções de encenação, nas quais o terapeuta comunica-se com os pais buscando colocar-se no lugar do bebê, falando pelo bebê ou se dirigindo ao bebê enquanto fala aos genitores (Lebovici, Solis-Ponton, & Menendez, 2004) também se fizeram bastante presentes nas primeiras sessões de avaliação. Segue vinheta da intervenção de encenação da sessão 2:

Terapeuta: A mamãe tava contando que você tomou banho, e que foi gostoso. É? Que ela faz massagem em você... É? E você gosta? A mamãe tá querendo aprender mais massagens pra fazer em você..

Percebe-se, também, que o número de intervenções vai aumentando à medida que a psicoterapeuta vai finalizando a avaliação e iniciando o tratamento propriamente dito. Também é possível verificar que o número de intervenções de prosódia aumenta consideravelmente na medida em que a avaliação vai sendo finalizada e o tratamento propriamente dito inicia.

Início do tratamento propriamente dito

Entre a 6ª e a 10ª sessão será considerado o período inicial do tratamento. Período este em que já é possível perceber um aumento das intervenções de prosódia, embora as intervenções de apoio e assinalamento ainda se mostrem bastante presentes. Segue gráfico que ilustra as intervenções deste período.

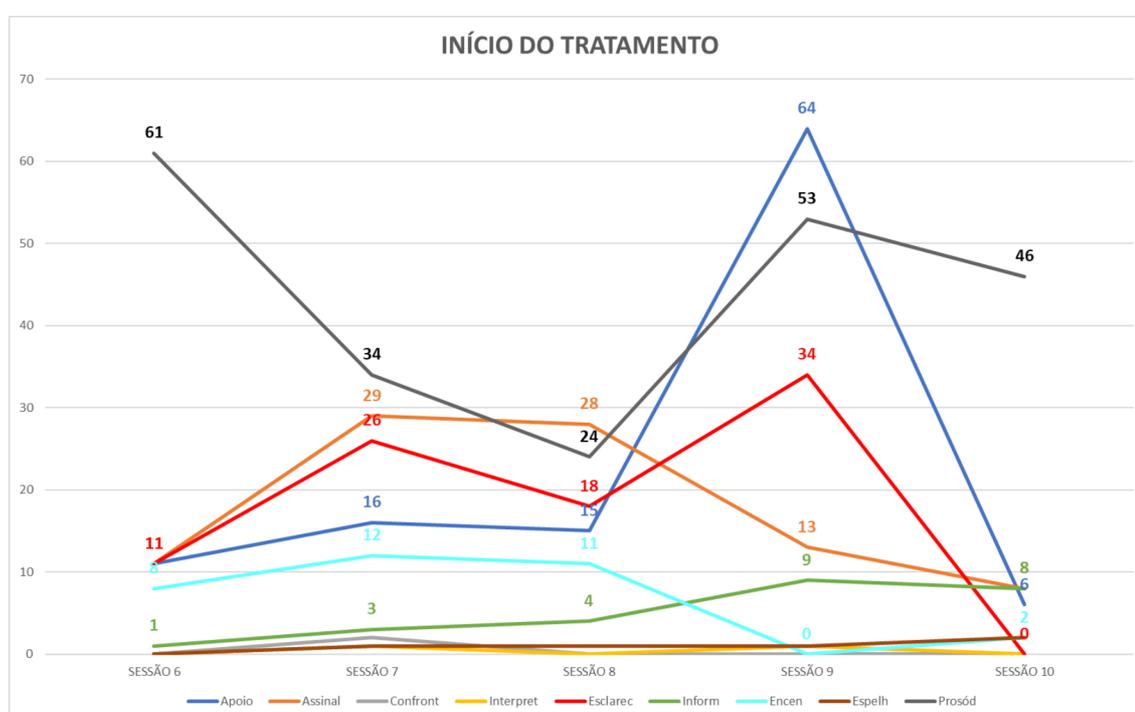


Figura 2. Intervenções utilizadas no início do tratamento propriamente dito

Nas intervenções de assinalamento a psicoterapeuta assinala algo relevante que veio no discurso do paciente ou de algo que tenha observado (Etchegoyen, 1987), sendo que a intenção é chamar a atenção do paciente, fazendo-o refletir sobre seus pensamentos e sentimentos (Brum, 2018). Segue intervenção de assinalamento da sessão 7.

T: Como ela tem sorrido bastante pra ti, né?

M: Ah sim, ela tá mais minha parece, respondendo assim.

As intervenções de esclarecimento também acompanham este período do tratamento, ocorrendo com maior frequência que durante a avaliação. Neste tipo de intervenção a psicoterapeuta esclarece algo que o paciente disse, reorganizando a informação (Etchegoyen, 1987).

Mãe: Eu até lembrei do que tu me perguntou esses dias se eu já tinha notado se ela tinha um gosto mais apurado pra comida salgadinha ou pra frutinha... Daí eu acho com isso que tipo a comidinha eu como independente de onde eu esteja... a frutinha eu já sou mais seletiva, eu só como em casa. Daqui a pouco tem algo a ver né?

Psicoterapeuta: Ela vai formando os gostinhos dela também né? O que ela gosta mais, acho que isso de mudar o ambiente é uma coisa um pouco diferente né? Talvez eu tô estranhando aqui o ambiente, as pessoas, a voz, né? Tem outras coisas que já estranha um pouquinho mais, né? Então acho que são outros elementos que vão se atravessando nisso. E acho que se tá vivendo um momento também em que tem se feito poucas saídas, então quando se faz algo muito diferente também né, assim é diferente disso ser uma coisa mais rotineira. Então que lugar é esse? É diferente, né? Tem pessoas diferentes, tem voz diferente, tão falando talvez outras coisas aqui também...

Meio do tratamento

Entre a sessão 11 e a sessão 20 será considerado o meio do tratamento para fins de análise neste estudo. Segue gráfico das intervenções neste período:

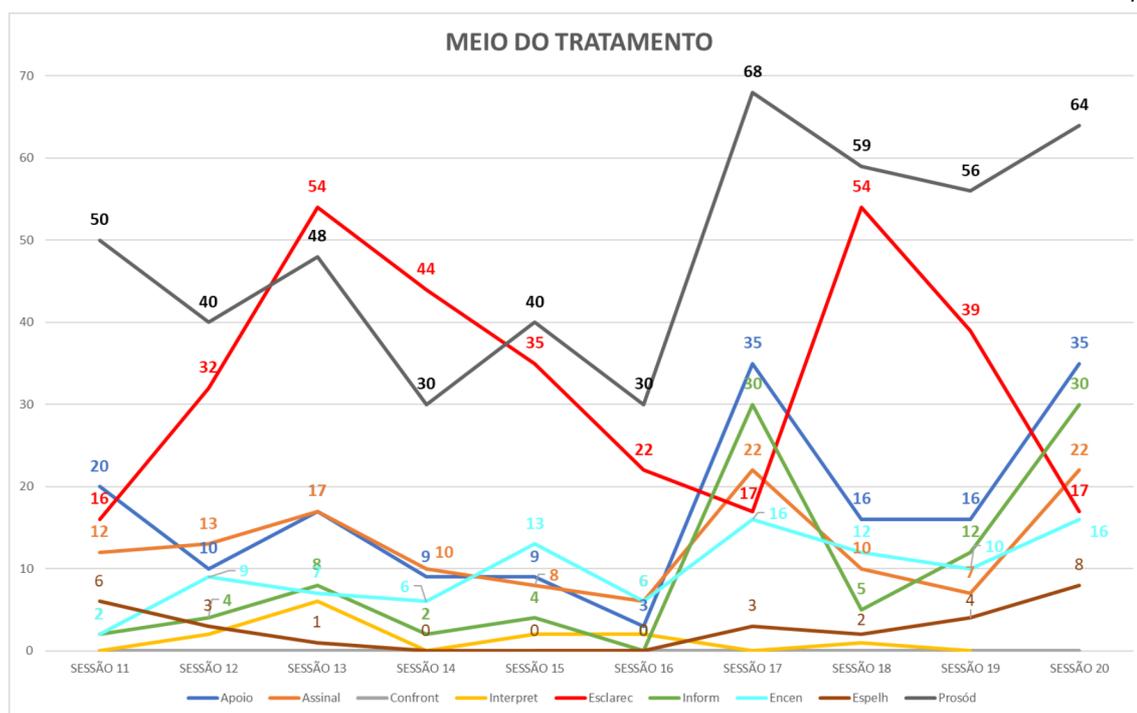


Figura 3. Intervenções utilizadas no meio do tratamento

Percebe-se que há a presença constante e cada vez mais intensa das intervenções de prosódia indicadas para psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil. Segue abaixo uma vinheta de uma intervenção de prosódia que ocorreu com cinco meses de tratamento, quando Elis havia completado nove meses e pegou uma girafa de brinquedo na sessão e começou a morder:

Ah, mas essa girafa é tão gostosa né Elis? Essa girafa é tão gostosa é? Parece uma bisnaguinha...

Para além de uma interpretação quantitativa dos dados da pesquisa, é possível observar claramente que as intervenções de prosódia são muito significativas para os pais durante as sessões, conseguindo envolver tanto os pais quanto a bebê na intervenção e gerando um comportamento empático de todos. Lembrando que a prosódia é uma fala rítmica característica do manhês, com frequência mais alta, ritmo mais lento, e contornos de entonação exagerados (Grieser & Kuhl, 1988, Mahdahaoui et al., 2010).

Percebe-se que as intervenções de esclarecimento seguem se fazendo bastante presentes neste período, bem como as informações de apoio, que já não são a grande maioria como no período de avaliação, mas aparecem em todas as sessões diversas vezes.

Final do tratamento

As sessões 21 a 30 serão consideradas, para fins da análise deste estudo, como fim do tratamento. Segue gráfico das intervenções neste período de final de tratamento:

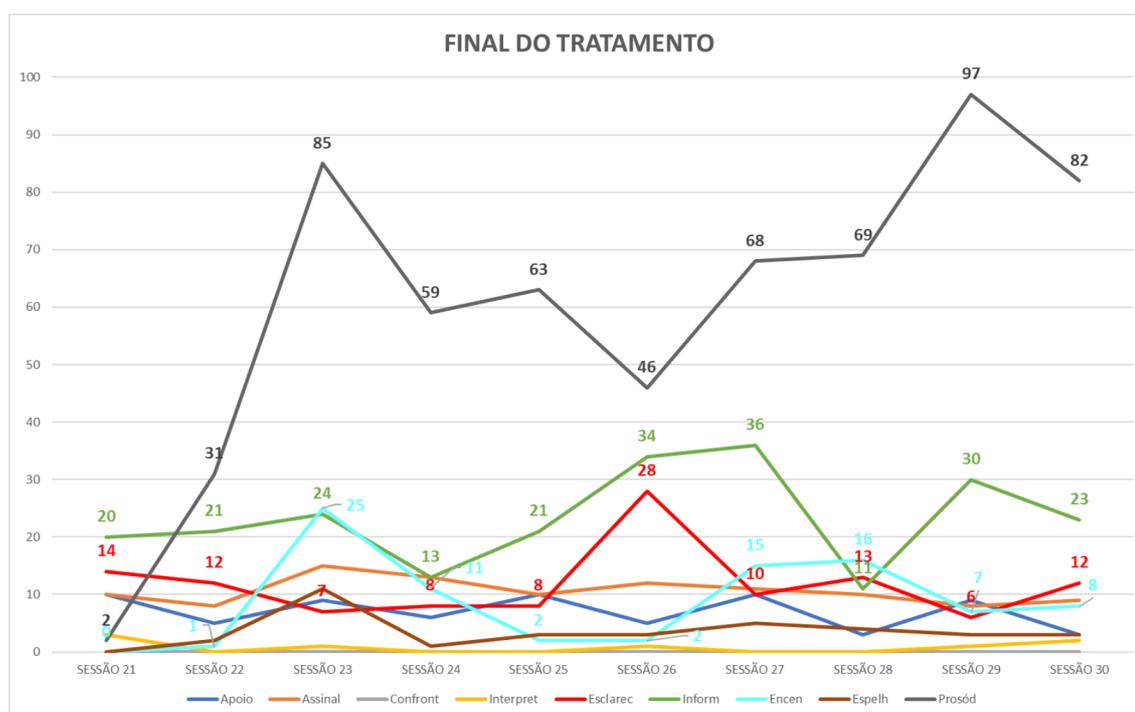


Figura 4. Intervenções utilizadas no final do tratamento

Percebe-se neste período a predominância constante das intervenções de prosódia. A sessão 21 não tem a presença marcante da prosódia porque foi uma sessão realizada apenas com os pais em virtude da psicoterapeuta sentir necessidade desta conduta para focar em algumas questões relacionadas ao casal. Portanto, percebe-se que a mesma psicoterapeuta, com a mesma família, mas sem a presença de um bebê na

sessão, modifica as suas intervenções por se configurar um outro tipo de abordagem à medida que a bebê não estava presente no atendimento.

No entanto, nas sessões em que Elis estava presente as intervenções se voltaram muito mais para ela e a prosódia representou a maioria das intervenções realizadas. Segue uma vinheta de uma intervenção de prosódia que envolve toda a família e que ocorre aos sete meses de tratamento, quando Elis tinha 11 meses.

A psicoterapeuta diz num tom de prosódia: - Olha só, a Elis quer dançar! Pai e bebê começam a dançar.

A terapeuta segue num tom de manhês: - Olha só...

Mãe: É que os dois dançam, né?

Psicóloga: - É, dançam?

Mãe: - Vão pra balada

Psicóloga: - A Elis vai para a balada com o papai? Que dança legal!

O pai de Elis, todo orgulhoso, segue a brincadeira: - Cadê a Lele? Cadê a Lele? Cadê a mãe? Cadê a mamãe? Onde tá? Achou!

Psicóloga: - Achou, tava escondida.

Elis vira o rosto em direção a psicoterapeuta e olha, interessada.

Psicóloga: - Achou a Renata também (Renata é o nome da psicoterapeuta)

Mãe: - Achou a Renata e achou todo mundo

A psicóloga faz uma intervenção de assinalamento após todo aquele período de prosódia: - Ela tá muito atenta quando fala com ela, né? E o pai confirma: - Sim, é que nem eu disse ela procura se tu sobe ou ela tá na sala ela fica olhando pra cima, ela procura na escada ela vai, vai procurando...

Apesar das intervenções de prosódia representarem a grande maioria das intervenções, elas seguem sempre acompanhadas de intervenções de apoio, informação e assinalamento, demonstrando que uma intervenção não ocorre isoladamente, mas se une a outras intervenções que dão sentido àquilo que está sendo realizado. As intervenções de apoio e informação seguem bastante presentes nas sessões, uma vez que se trata de um momento muito específico da família, permeado por dúvidas, ansiedades e medos, embora as intervenções de prosódia e encenação tomem maior proporção pela necessidade encontrada pela psicoterapeuta de incluir o bebê na psicoterapia e de buscar uma “reanimação psíquica” de um bebê com risco (Laznik, 1997, p.40). Pode-se pensar também que a intervenção de prosódia está associada à intervenção de encenação em

muitos momentos, conforme as vinhetas apresentadas acima. Há a encenação da Elis comendo a girafa com gosto de bisnaguinha, assim como a encenação do pai e da filha dançando na sessão. No entanto, é importante pontuar que nas intervenções de bebês com risco no desenvolvimento é a prosódia - aquela melodia cantada da psicoterapeuta - que faz com que o bebê finalmente troque olhares com a mesma e se interesse por seja lá o que ela queira lhe dizer (Laznik, 2015).

As intervenções de informação se mostram ainda mais presentes neste período de final de tratamento, podendo representar o momento em que a psicoterapeuta dá orientações aos pais já pensando no término da psicoterapia, instrumentalizando-os a seguirem seu caminho sem os atendimentos sistemáticos. Também surgem intervenções de informação direcionadas à Elis com relação ao que pode e não pode mexer na sala em que a sessão ocorre, como exemplifica a vinheta abaixo quando a menina tenta colocar um objeto na tomada.

Psicoterapeuta: Não, não, não, esse aí não pode... Não pode Elis, é o que a gente tá conversando, não, não não... Esse não pode, não, não, não... Esse não pode porque faz dodói e machuca a Elis

As intervenções de apoio também seguem acontecendo no final do tratamento, conforme vinheta abaixo:

Mãe: Ela faz “crrrrr” e começa os crrrrr e daí começa os bêêêêê assim sabe, e daí essa semana que ela começou assim a falar um pouquinho mais.

Psicoterapeuta: Ela começou a falar um pouquinho mais, que legal!

Mãe: Aí desse jeitinho assim né, aí a gente até faz de insistir assim, ah cadê a mãe? Cadê o papai? Ela vai olhando, mas ela não... Só faz o kékéké né, e daí a baba né.

E a terapeuta reforça com outra intervenção de informação que complementa o apoio anterior:

Terapeuta: - Mas é assim que começa, né?

Percebe-se que a intervenção de apoio da sessão 24 é um pouco diferente daquelas apresentadas no início do tratamento e já comemora os progressos da Elis, assim como segue orientando os pais sobre o que esperar desta fase do desenvolvimento. A intervenção de apoio vem seguida da intervenção de informação.

Embora seja possível perceber que as intervenções de interpretação sejam raras ao longo do tratamento, quando ocorrem elas são significativas e parecem fazer bastante sentido para a família. Segue vinheta de uma intervenção de interpretação da sessão 26, no período de final de tratamento:

Psicoterapeuta: Aham, sim mas eu acho que vocês estão falando de algo bem significativo porque a expectativa de vocês dois era que a Elis fosse de um outro jeito.

Pai: É, vai ser mais calma, a própria irmã pensou ah vou ter uma mana né... E né, vai ser calma né, mais tranquila...

Sobre como não se sentiam pais da Elis nos primeiros meses...

M: É que não era da família né?

P: Chegava lá na frente lá tipo, ó cuida pra nós, ó cuida aí...

M: Aquela questão logo do vínculo né?

T: Então vocês estão falando como adotar a Elis como filha também...

P: Isso aí

M: Sim...

T: Porque parece que veio de um jeito que enfim, que parecia que nem era da família e vocês tão também... Adotando a Elis...

P: Ou ela não se sentia né? Porque a gente tentava, a gente fazia de tudo, de tudo, de tudo e não tinha jeito... Ela não se acalmava...

M: Até um tempo depois a gente se questionava, ela não se acalmava por ela não se sentir da família, por não se sentir aconchegada, ou por realmente ter uma personalidade que não conseguiu, a gente não conseguiu estabelecer vínculo com ela né?

Portanto, embora as intervenções de interpretação tenham se mostrado raras durante o tratamento, elas parecem ter sido assertivas à medida que transitaram do conteúdo manifesto ao conteúdo latente e explicaram o significado de um desejo inconsciente, trazendo à tona determinada pulsão (Etchegoyen, 1987). Os pais de Elis não a reconheciam como sua filha e não havia espaço para ela na família, sentindo

como se ela fosse um membro estranho, recém chegado e diferente de todos, como se tivesse sido adotada. Quando os pais se dão conta de que não estavam permitindo que Elis fosse ela mesma e que estavam frustrados por ela não corresponder às suas expectativas, eles abrem espaço para a Elis real e passam a se adaptar, enquanto família, à chegada deste novo membro.

Comparando as intervenções ao longo do processo

A partir da classificação das intervenções de psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento, foi possível observar diferenças ao longo do tratamento. Segue gráfico do número total de intervenções nas 30 sessões:

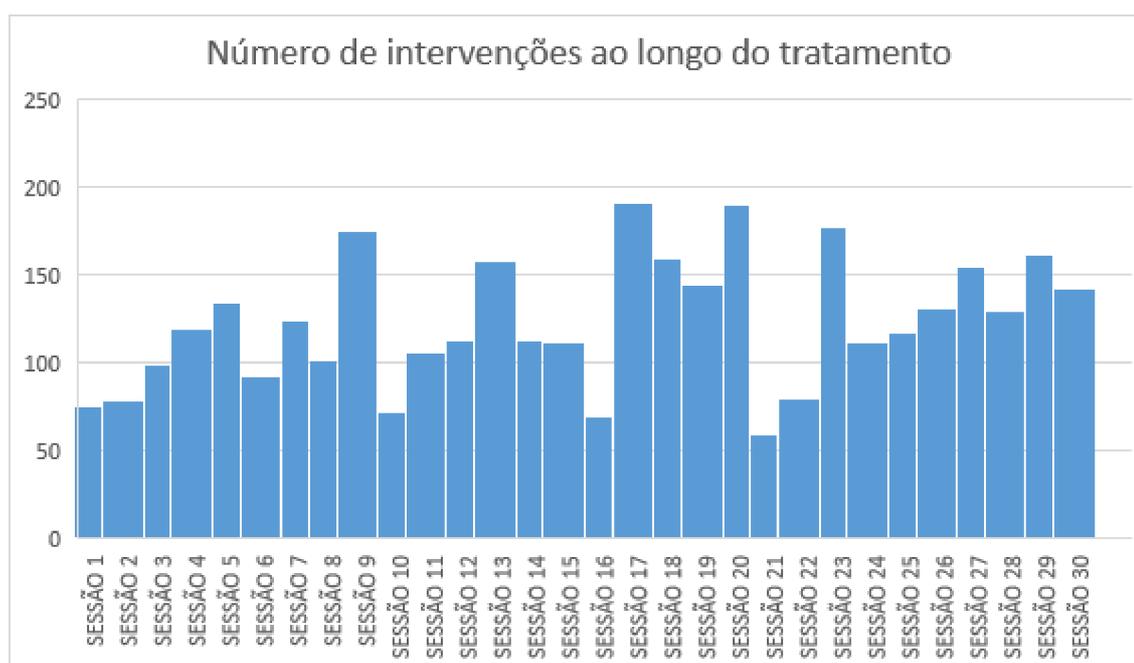


Figura 5. Número total de intervenções utilizadas ao longo do tratamento

Houve uma oscilação no número de intervenções ao longo do processo psicoterápico. A sessão de número 2, por exemplo, contou apenas com 78 intervenções, enquanto a sessão de número 29 contou com 169 intervenções e isso provavelmente se deu porque nas sessões iniciais a família ainda estava trazendo muitos dados da história do bebê, enquanto no final do tratamento a psicoterapeuta estava realizando alguns

fechamentos. No entanto, é possível perceber que o número de intervenções oscila ao longo do tratamento, sendo que em algumas há um número maior de intervenções e em outras um número menor, dependendo das demandas da família e da própria bebê, ou, inclusive, do momento que a psicoterapeuta se encontra.

As intervenções de apoio e esclarecimento se mostraram bastante presentes nas sessões iniciais, mas já foi possível observar a intervenção de encenação que é mais característica das psicoterapias pais-bebê no período de avaliação. É possível também perceber que as intervenções de interpretação transgeracional e confrontação foram as mais raras ao longo do tratamento, o que pode ser característico da psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil ou da própria forma de trabalho da psicoterapeuta que se baseia em intervenções psicanalíticas guiadas pelo modelo de Marie Christine Laznik para bebês com risco no desenvolvimento.

A modificação nos tipos de intervenção ao longo do processo também é possível de ser observada a partir do gráfico abaixo:

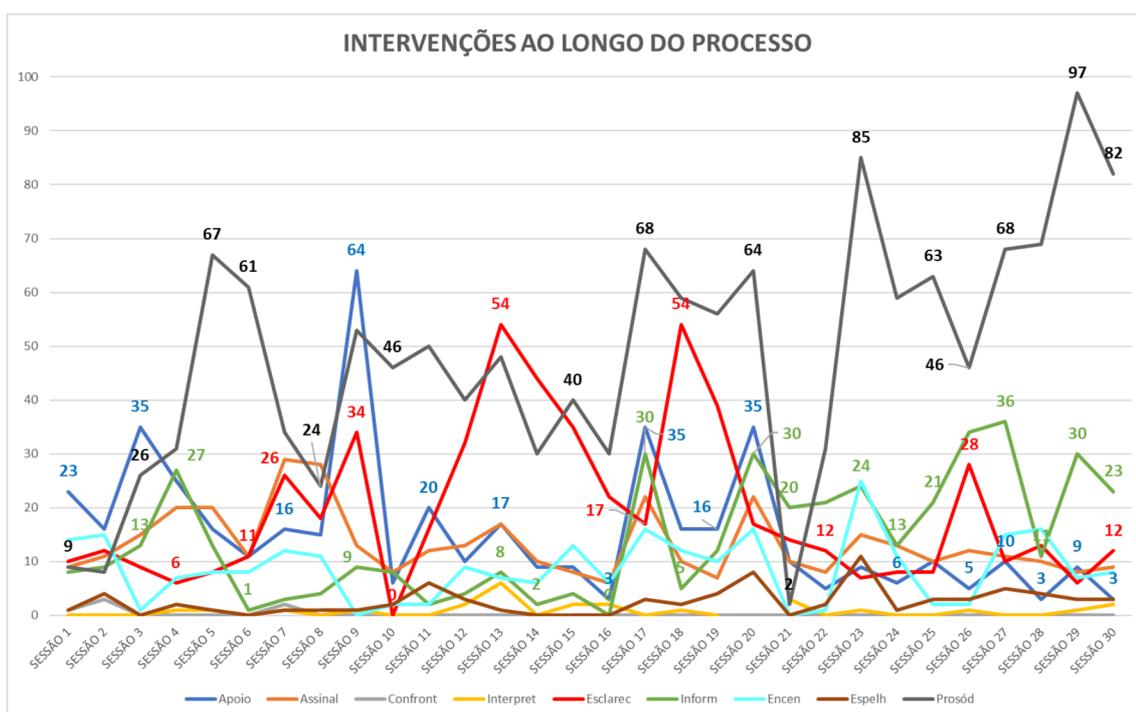


Figura 6. Intervenções ao longo do processo

Em um estudo de avaliação de processos em Psicoterapia Psicanalítica Pais-bebê com mães de bebês que apresentavam sintomas depressivos, os resultados revelaram que as intervenções de interpretação, esclarecimento e encenação na PPPb foram as mais significativas à medida que estiveram associadas às mudanças ocorridas com os participantes do estudo – no caso as tríades mãe-pai-bebê (Brum et al., 2018). Destacou-se ainda, neste mesmo estudo, que as demais intervenções (apoio, assinalamento, confrontação, informação propriamente dita e interpretação transgeracional) também contribuíram para o processo terapêutico, principalmente nas situações em que as mudanças decorreram do uso de um conjunto de intervenções e não apenas de uma intervenção específica. O estudo de Brum e demais autores (2018) aponta que as intervenções em PPPb se assemelham, em sua maioria, às utilizadas na técnica de psicanálise clássica ou da psicoterapia psicanalítica, com exceção da intervenção de encenação que é mais específica da PPPb. A pesquisa alerta que se deve ponderar que estes resultados podem estar expressando a forma como foi realizada a análise dos casos com base nas formulações de PPPb propostas por Cramer e Palácio-Espasa (1993), que direcionam mais as intervenções à mãe, diferentemente, por exemplo, das intervenções baseadas no modelo de Marie Christine Laznik que inclui mais o bebê na sessão psicoterápica e que foi a proposta desta pesquisa.

Na psicoterapia pais-bebê do presente estudo as intervenções de prosódia foram, sem dúvida, as mais presentes durante o tratamento, aumentando consideravelmente ao longo do processo. Sabe-se que na psicoterapia pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil a indicação da prosódia e ecolalia é recorrente, tendo em vista que encontramos um bebê apático que precisa ser reanimado psiquicamente (Laznik, Maestro, Muratori, & Parlato, 2005). A mãe também precisa se encantar pela prosódia

da analista que convoca o seu bebê e, portanto, não adiantaria que esse manhês fosse ensinado aos cuidadores: é preciso que seja despertado pela sua transferência com a analista (Laznik, 2015). É necessário conseguir fazer com que a mãe (e o pai) se encantem por essa forma de tentar despertar o bebê, eles mesmos se tornando coterapeutas, uma vez que começarão a convocar seu bebê pela musicalidade da voz em casa também (Laznik et al., 2005).

Percebe-se a diferença nas expressões faciais da bebê da pesquisa entre as primeiras e as últimas sessões e o quanto as intervenções de prosódia encantam a bebê, a mãe e o pai. Pode-se pensar em um primeiro momento que são intervenções efetivas e por isso a psicoterapeuta as utiliza com tamanha ênfase. No entanto, pode-se também levantar a hipótese de que esta família recebeu tão bem estas intervenções que, sistematicamente, a psicoterapeuta foi aumentando a sua utilização por perceber um resultado melhor.

Um estudo de Milbrath et al. (1999) sobre o processo psicoterápico pode auxiliar na discussão dos dados desta pesquisa. Milbrath e colaboradores fizeram uma análise sequencial de 12 sessões de psicoterapia psicodinâmica de 20 pacientes para verificar a reação do paciente diante de determinada intervenção terapêutica. Dois avaliadores independentes classificaram as intervenções em interpretativas e não interpretativas, sendo que as intervenções interpretativas foram subdivididas em interpretações das defesas do paciente e da transferência. As intervenções não interpretativas foram subdivididas em reconhecimento (o terapeuta verbaliza que compreendeu a colocação do paciente); clarificação/esclarecimento (terapeuta esclarece o discurso do paciente); associação (terapeuta realiza associações com o material trazido pelo paciente), reflexões (terapeuta busca construir um pensamento em relação às experiências relatadas pelo paciente, principalmente aquelas que envolvem afeto); perguntas

(terapeuta questiona paciente); estratégias para melhorar o trabalho terapêutico (terapeuta encoraja o paciente em relação ao tratamento); apoio (terapeuta apoia ou reforça conduta, pensamentos ou sentimentos do paciente) e de acordo contratual (terapeuta faz combinações relacionadas ao tratamento). O estudo apontou que os terapeutas modificaram as intervenções de acordo com o funcionamento dos seus pacientes, sendo que usaram mais intervenções de apoio com pacientes que apresentavam mais sintomas e funcionamento empobrecido. Já com pacientes com funcionamento dinâmico melhor e menos sintomas os terapeutas usaram mais intervenções interpretativas. Os pacientes que apresentaram significativa diminuição de sintomas foram aqueles com os quais os terapeutas realizaram mais interpretações das defesas e apoio, e as intervenções que envolviam apoio apresentaram mais sucesso no desfecho do tratamento do que as que envolviam interpretações.

Pode-se observar que, no presente estudo, as intervenções de apoio foram muito mais presentes do que as intervenções de interpretação. Também é possível verificar que os tipos de intervenção se modificam ao longo do tratamento, seja em função do vínculo da psicoterapeuta com a família, seja pela idade do bebê que foi ficando maior ou, ainda, pelo próprio progresso do desenvolvimento do bebê ao longo da psicoterapia. Na avaliação inicial as intervenções de apoio eram as mais presentes, seguidas das intervenções de encenação e, em terceiro lugar, esclarecimento. Já do início para o meio do tratamento as intervenções de prosódia passaram a ser a grande maioria das intervenções, seguidas das intervenções de esclarecimento. O apoio passou a ser menos frequente, o que pode se dar devido ao fato de uma maior robustez da aliança terapêutica, não necessitando mais que as intervenções de apoio se dessem por meio de pontuações verbais da terapeuta, uma vez que a própria presença e constância da psicoterapeuta ao longo das sessões já representavam o apoio necessário.

No final do tratamento as intervenções de prosódia seguem sendo as mais utilizadas pela psicoterapeuta, mas as intervenções de informação são as segundas mais utilizadas, caracterizando um período de término de tratamento e um fechamento de algumas questões que estavam sendo trabalhadas. Além disso, este período também representa um momento diferente de intervenções focadas na Elis, que responde melhor às intervenções de prosódia e passa a receber também intervenções de informação da psicoterapeuta.

No início da psicoterapia Elis chorava por muito tempo durante as consultas e a mãe e o pai não conseguiam tranquilizá-la. Aos poucos os pais foram diminuindo a ansiedade e buscando escutar aquilo que a filha precisava, mostrando-se mais sensíveis às suas necessidades e se sentindo correspondidos. Conforme já aponta a literatura, foi perceptível também o impacto da psicoterapia pais-bebê para o aumento da sensibilidade materna (Cramer et al., 1990; Gomes, 2007) e, neste caso, também paterna, ao longo do processo psicoterápico desta tríade. Na sessão 24 a psicoterapeuta pergunta como eles têm se sentido com relação a esse vínculo com a Elis quando relatam que estavam brincando com ela durante o banho e a mãe responde:

- Ah, libertador, né? É muito bom poder interagir com ela assim, fazer essas coisas que antes eu pensei em que momento isso ia ser possível né, o que que eu poderia fazer pra chegar mais próximo a ela né. E agora eu consigo e o melhor é que ela também curte.

As intervenções da psicoterapeuta corroboraram para que os pais obtivessem o apoio, as informações e esclarecimentos necessários sobre cada fase do desenvolvimento e refletissem sobre a forma como percebiam sua filha. Sobretudo, os pais puderam observar as intervenções de prosódia – que eram as mais presentes no tratamento por se tratar de uma intervenção baseada nos estudos de Laznik (2015) para bebês com risco no desenvolvimento infantil, e as mesmas repercutiram modificações

na interação com a bebê, espelhando o comportamento da psicoterapeuta e conseguindo, segundo eles, uma maior resposta da menina para esta vinculação com os pais.

Considerações finais

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa era compreender como se caracterizam as intervenções terapêuticas na psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, pensa-se que foi possível explicar os tipos de intervenções que ocorrem na especificidade desta psicoterapia, como o caso da encenação e prosódia, que ocorrem com grande predominância (principalmente as intervenções de prosódia) e apresentam um envolvimento de todos os membros durante a intervenção. Também foi possível observar aquelas intervenções que fazem parte das psicoterapias psicanalíticas como um todo, como as intervenções de apoio, assinalamento e informação, por exemplo.

Além disso, a ideia deste estudo era identificar diferenças nas intervenções terapêuticas ao longo do tratamento. Foi notória a diferença das intervenções da psicoterapeuta com o passar do tempo, voltando-se mais para o bebê e para as intervenções de prosódia, podendo ser, além de uma indicação para psicoterapia de bebês com risco no desenvolvimento infantil (Laznik, 2015), o resultado de uma maior resposta do bebê do presente estudo e dos pais a este tipo de intervenção ou algo mais específico da idade em que Elis se encontrava em cada fase do tratamento. A partir deste estudo é possível verificar que as intervenções de prosódia promoveram um envolvimento grande da família no processo psicoterápico, e auxiliaram os pais a realizar este tipo de intervenção com a filha mesmo fora das sessões. Foi perceptível nos vídeos analisados como a psicoterapeuta conseguia um melhor retorno dos pais nas

sessões ao utilizar as intervenções de prosódia que, em alguns momentos, estavam associadas às intervenções de encenação.

Importante salientar que se trata de um estudo de caso único e recomenda-se dar continuidade à pesquisa para entender como se caracterizam outras intervenções em psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, tendo em vista que este caso pode ter suas especificidades, levando em consideração a história de Elis e sua família. Outra sugestão seria realizar uma outra avaliação de processo em PPPb com risco no desenvolvimento infantil com outra psicoterapeuta, pois, embora a psicoterapeuta da pesquisa tenha especialização em Transtornos do Desenvolvimento, siga formação em psicoterapia de bebês e realize supervisões de caso, trata-se de uma profissional também com suas especificidades, além de se tratar de uma psicoterapia com embasamento teórico psicanalítico lacaniano de Marie Christine Laznik (2015).

Por fim, pensa-se ter atingido o objetivo da pesquisa de compreender como se caracterizam as intervenções terapêuticas na psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, buscando identificar diferenças nas intervenções terapêuticas entre o momento inicial e após nove meses de tratamento. No entanto, sabe-se que ainda há muito a ser explorado não apenas neste caso avaliado como também a necessidade de muitos outros estudos com o mesmo tema, tendo em vista que é uma abordagem relativamente nova e ainda há muito a ser conhecido.

Referências

Berg, A. (2012). Infant-parent psychotherapy at primary care level: Establishment of a service. *South African Medical Journal*, 102(6), 582-584. Retrieved from http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S025695742012000600083&script=sci_arttext&tlng=pt

- Bettelheim, B. (1987). *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bialer, M. (2014). Espelhos no autismo: alicerces para a criação de um estofo imaginário. *Estilos da Clínica*, 19(2), 294-308.
- Brum, E. H. M., Gomes, A. G. & Piccinini, C. A. (2018). Proposta para análise de psicoterapia pais-bebês: evidências de dois casos. *Psico*. 49(3), 304-316.
doi:10.15448/1980-8623.2018.3.28329
- Campanário, I. & Pinto, J. (2006). O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, 11(21), 150-169. doi:10.11606/issn.1981-1624.v11i21p150-169
- Cassel, P., Sanchez, L., Campezzato, P., & Tiellet-Nunes, M. (2015). Processo psicoterapêutico: compreensão de momentos de mudança psicológica em uma sessão de psicoterapia psicanalítica. *Contextos Clínicos*, 8(1), 27-37.
doi:10.4013/ctc.2015.81.03.
- Cramer, B. (1997). *Segredos femininos: De mãe para filha*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J. P., Knauer, D., Berney, C. & D'arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278-300.
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dolto, F. (2002). *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dudzele, G. C. (2012). Irene: das sensações as emoções. *Estilos da Clínica*, 17(2), 306-323. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200009

- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernald, A., & Kuhl, P. (1987). Acoustic determinants of infant preference for Motherese speech. *Infant Behavior and Development*, 10(3), 279-293.
doi:10.1016/0163-6383(87)90017-8
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: The vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 129-136.
doi:10.1080/0075417031000138406
- Fonagy, P., Sloed, M. & Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parentes with mental health problems and young infant. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 97-114. doi:10.1002/imhj.21553
- Fraiberg S., Adelson E. & Shapiro V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387–421. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4
- Freud, S. (1948). A interpretação dos sonhos. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.4. Rio de Janeiro: Imago.
- Frizzo, G. B., Prado, L. C., Linares, J. L., & Piccinini, C. A. (2011). Aspectos relacionais da depressão: O conceito de “honorável fachada” em dois casos clínicos. *Psicologia Clínica*, 23(1), 133-155. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n1/a09v23n1>
- Golse, B. (2003). Transmitir a transmissão: Um ponto em comum entre as diferentes terapias conjuntas pais-criança. In B. Golse (2003). *Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: Narratividade, Filiação e Transmissão* (pp. 59-75). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Gomes, A. (2007). *Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Gonçalves, A. P., Silva, B., Menezes, M. & Tonial, L. (2017). Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura. *Tempo Psicanalítico*, 49(2), 152-181. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000200008
- Goodman, Jh., Prager, J., Goldstein, R. & Freeman, M. (2015). Perinatal Dyadic Psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial. *Archives Of Womens Mental Health*, 18(3), 493-506. doi:10.1007/s00737-014-0483-y
- Grieser, D. L., & Kuhl P. K. (1988). Maternal speech to infants in a tonal language: Support for universal prosodic features in motherese. *Developmental Psychology*, 24(1), 14–20. doi:10.1037/0012-1649.24.1.14.
- Guerra, V. (2015). *Crianças com suspeitas de autismo: transtornos de estruturação arcaica*. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre.
- _____. (2016). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: os transtornos de subjetivação arcaica. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 23(1): 137-158.
- Jerusalinsky, A. (1993). Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. *Psicose Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 4(9).
- Jerusalinsky, J. (2008). Até quando esperar? Da “conduta expectante” ao fechamento do diagnóstico de autismo. In D. Brito, W. Marluce, L. Gille, (Orgs). *É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística*. (pp. 15-34, 90-108). Salvador: Ágalma.

- _____. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à Lei nº 13.438/17, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *Estilos Da Clinica*, 23(1), 83-99. doi:10.11606/issn.1981-1624.v23i1p83-99
- Klein, M. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In M. Klein. *Amor, culpa e reparação*. (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Imago.
- Klinger, E. F. (2010). *O Brincar e as Estereotípias em Crianças do Espectro Autista Diante da Terapia Fonoaudiológica de Concepção Interacionista*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. Retrieved from <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/518/2020/09/2010KLINGER.-Dissertacao.pdf>
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68. doi:10.1590/S1415-47142010000100003
- Laznik, M. C. (1991). Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional – quando a alienação faz falta. In Laznik, M. C. *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma.
- Laznik, M. C (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística. In D. B. Wanderley (Org.). *Palavras em torno do berço* (pp. 35-51). Salvador, BA: Ágalma.
- _____. (2004). *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- _____. (2013). *A hora e a vez do bebê*. São Paulo: Instituto Langage.

- _____. (2015). La prise en charge précocissime des bébés. *Annales du IVème Séminaire International Transdisciplinaire sur le bébé: évolution, pratiques cliniques et recherche*. Paris, France. São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Laznik, M. C., Maestro, S., Muratori, F., & Parlato, E. (2005) Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. In M.-F. Castarede & G. Konopczynski (eds). *Au commencement était la voix*. Paris: Erès.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S., Solis-Ponton, L. & Menendez, J. (2004). A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o enactment. In L. Solis-Ponton. *Ser pai e ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio – uma homenagem internacional a Serge Lebovici* (pp. 41-46). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macedo, C. R. M. (2010). A função continente e o uso da contratransferência como instrumentos na psicoterapia de grupo com pacientes com severas perturbações no desenvolvimento do psiquismo. *Vínculo*, 7(2), 16-23. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902010000200005
- Mahdahaoui, A., Chetouani, M., Parlato-Oliveira, E. et al. (2010). Detecção automática do manhês: análise da prosódia de pais de crianças autistas. *ReVEL*, 8(15), 2010.
- Mahler, M. S. (1952). On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286–305
- Mannoni, M. (1967). *A criança, sua doença e os outros*. Rio de Janeiro: Zahar.
- McDonough S. (1993). Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbance. In: Zeanah C, ed. *Handbook of infant mental health*. (pp. 414-26). New York: Guilford.

- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H., Horowitz, M. & Perry, J. (1999). Sequential consequences of therapists interventions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8 (1): 40-54.
- Muratori, F. & Narzisi, A. (2014). Exploratory study describing 6 month outcomes for young children with autism who receive treatment as usual in Italy. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 10, 577–586. doi:10.2147/NDT.S58308
- Oliveira, N. H. & Benetti, S. P. da C. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arq. bras. psicol.*, 67(3), 125-138.
- Oliveira, M. S., Nunes, M. L. T., Fernández-Álvarez, H. & Garcia, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico*, 37(3), 241-247. Retrieved from <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1445>
- Paris, R., Spielman, E. & Bolton, R. E. (2009). Mother-infant psychotherapy: Examining the therapeutic process of change. *Infant Mental Health Journal*, 30(3), 301-319. doi:10.1002/imhj.20216
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H. & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicol. Estud.*, 14(3), 439-445. doi:10.1590/S1413-73722009000300004.
- Prado, L. C., Gomes, A. G., Frizzo, G. B., Santos, C. A., Schwenberger, D. D. S., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 1-13. doi:10.1590/S0101-81082009000400008
- Pollak-Cornillot, M. (2013) Thérapie brève et utilisation psychanalytique d'enregistrements video. In C. Auzieu-Premmeur, M. Pollak-Cornillot. *Les pratiques psychanalytique auprès des bébés.* (pp. 237-271). Paris: Dunod.

- Ramires, V. R. R., Carvalho, C., Schmidt, F. M. D., Fiorini, G. P., & Goodman, G. (2015). Interaction Structures in the Psychodynamic Therapy of a Boy Diagnosed with Asperger's Disorder: A Single-Case Study. *Psychotherapy: Psychopathology, 18*(2). doi:10.4081/ripppo.2015.195
- Salomonsson, B., & Salomonsson, M. W. (2017). Intimacy thwarted and established: Following a girl from infancy to child psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis, 98*(3), 861–875. doi:10.1111/1745-8315.12682
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K. & Salomonsson, B. (2015). A long-term follow-up study of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on mothers and interactions. *Infant Mental Health Journal, 36*(6), 542-55. doi:10.1002/imhj.21536.
- Serra, S. C. (2010). Autismo: uma abordagem psicoterápica. *Cadernos de Psicanálise, 32*(23), 181-192.
- Serralta, F.B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(1), 44-55. doi:10.1590/S0101-81082007000100011
- Schwochow, M., Pedrotti, B. G., Mallmann, M. Y., Silva, M. R. & Frizzo, G. B. (2019) Queixas iniciais no processo de psicoterapia pais-bebê. *Contextos Clínic, 12*(2), 403-430. doi:10.4013/ctc.2019.122.02
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Teperman, D. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1967/1975). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade*. (pp. 152-164). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1967)

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. A. Thorell 4. ed.

Porto Alegre: Bookman.

**Artigo II - Avaliação dos Indicadores Clínicos de Risco no Desenvolvimento
Infantil ao longo da psicoterapia psicanalítica pais-bebê**

Resumo

O objetivo deste estudo é descrever os Indicadores Clínicos de Risco no Desenvolvimento Infantil ao longo da psicoterapia psicanalítica pais-bebê. Participaram da pesquisa um bebê de quatro meses no início da psicoterapia, com risco no desenvolvimento infantil - avaliado a partir do protocolo IRDI - e seus pais. Foram realizadas 30 sessões de psicoterapia pais-bebê que ocorreram ao longo de nove meses, registradas em áudio e vídeo. Foi realizada a observação dos vídeos para avaliação dos IRDIs, havendo um comparativo entre quatro momentos do processo psicoterápico: na avaliação inicial do bebê, aos três, seis e nove meses de tratamento. Os resultados apontaram que houve uma diminuição dos Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil ao longo do tratamento, sendo que, ao final dos nove meses de psicoterapia, o bebê da pesquisa não apresentava mais indicadores de risco.

Palavras-chave: risco, desenvolvimento infantil, psicoterapia pais-bebê, IRDIs

**Evaluation of Clinical Risk Indicators in Child Development in the process of
parent-baby psychoanalytic psychotherapy**

Abstract

The aim of this study is to describe the Clinical Risk Indicators in Child Development throughout the parent-baby psychoanalytic psychotherapy. A four-month-old baby at the beginning of psychotherapy, at risk for child development - assessed using the IRDI protocol - and his parents participated in the research. Thirty parent-baby psychotherapy

sessions took place over nine months, recorded in audio and video. The observation of the videos for the evaluation of the IRDIs was carried out, with a comparison between four moments of the psychotherapeutic process: in the initial evaluation of the baby, at three, six and nine months of treatment. The results showed that there was a decrease in the clinical risk indicators for child development throughout the treatment, and, at the end of the nine months of psychotherapy, the research baby had no more risk indicators.

Keyword: risk, child development, parent-baby psychotherapy, IRDIs

Introdução

Pensar um bebê e sua estruturação é um fator amplo e instigante. É necessário compreender a interdependência entre as noções de maturação, crescimento, desenvolvimento e subjetividade. Qualquer elemento de uma delas pode ser fator de limitação para as demais e, portanto, na semiologia pediátrica, há necessidade de investigar todas essas noções (Jerusalinsky, 2018; Papalia & Olds, 2000). Informações sobre a maturação e o desenvolvimento tendem a ser cada vez mais precisas e disponíveis. Há avanços consistentes nas diversas áreas – neurológica, motora, cognitiva, foniátrica – em sua instrumentação e busca de dados cada vez mais precoces, incluindo aqueles sobre o crescimento e o desenvolvimento fetal. Já a noção de construção da subjetivação ainda é escassa (Jerusalinsky, 2018).

A formação da subjetividade se inicia com a entrada da criança no mundo simbólico da linguagem: essa entrada humaniza a criança e permite que ela se situe numa cultura com uma identidade particular (Jerusalinsky, 2018). As variáveis presentes na formação da subjetividade da criança não dependem somente dela e de suas habilidades inatas, mas, sobretudo, do outro que cuida dessa criança. A constituição da subjetividade inicia-se logo nas primeiras experiências de satisfação de

necessidades do bebê (Kupfer, Pesaro, & Degenszajn, 2007). Nesse sentido, para o bebê, os 18 primeiros meses de vida são particularmente importantes (Bernardino, 2006; Jerusalinsky, 2018; Kupfer et al., 2009) e por isso é necessário ficar atento “quando algo não vai bem com o bebê” (Jerusalinsky, 2015; Jerusalinsky & Melo, 2020, p. 53) e pode representar um risco no desenvolvimento infantil.

Para Kupfer e colaboradores (2009, p.8), os riscos no desenvolvimento infantil podem representar tanto dificuldades de ordem subjetiva que afetam o desenvolvimento, mas não prejudicam a instalação do sujeito psíquico - como por exemplo a hiperatividade, problemas com regras e lei e enurese – como podem denunciar “problemas na constituição subjetiva” que representariam problemas estruturais no processo de constituição de sujeito, apontando um risco prognóstico em direção às psicopatologias graves da infância. É justamente sobre esta segunda opção que este estudo se baseia, numa perspectiva de perceber os riscos no desenvolvimento infantil o mais cedo possível e oferecer uma intervenção a tempo, a fim de analisar possíveis modificações nos indicadores clínicos ao longo de uma psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil.

Como é possível avaliar tão precocemente um bebê e perceber os riscos em seu desenvolvimento? Entre os anos de 2000 e 2008 o GNP (Grupo Nacional de Pesquisa), composto por uma equipe de pesquisadores da teoria psicanalítica, de bebês e de desenvolvimento infantil, trabalhou na construção da pesquisa multicêntrica sobre Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI. O protocolo foi construído a partir da teoria psicanalítica e da experiência clínica dos pesquisadores, que colocaram em prática os princípios teóricos estudados. O instrumento foi desenvolvido a partir da ideia já descrita anteriormente de que há os processos maturativos, de ordem neurológica e genética, e há também os processos de constituição do sujeito psíquico,

sendo que a pesquisa IRDI buscou a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico (Kupfer et al., 2009).

IRDI (Apêndice A) é uma metodologia para avaliar bebês dos zero aos 18 meses de vida. É composto por indicadores clínicos de risco ou de problemas no desenvolvimento infantil observáveis e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. As questões apresentadas no protocolo contemplam quatro eixos teóricos: Suposição de Sujeito (SS), Estabelecimento da Demanda (ED), Alternância Presença/Ausência (PA) e Função Paterna (FP). A proposta do instrumento é avaliar, além do desenvolvimento do bebê, a conduta dos cuidadores frente ao comportamento da criança, sendo um instrumento que avalia a relação pais-bebê, a partir de um embasamento psicanalítico (Kupfer et al., 2009; Pesaro & Kupfer, 2016).

Diversos estudos têm utilizado o IRDI para avaliar os bebês nos primeiros 18 meses de vida (Beltramini, Moraes, & Souza, 2014; Bernardino & Mariotto, 2009; Campana, Lerner, & David, 2015; Ferrari, Fernandes, Silva, & Scapinello, 2017; Kupfer, 2007; Kupfer et. al., 2009; Moraes, Bronzatto, Lerner, & Kupfer, 2015). Campana et al. (2015) realizaram um estudo exploratório com 43 bebês que estavam desenvolvendo um percurso autístico comparando os resultados do IRDI e do M-CHAT - instrumento específico para autismo (Robins, Fein, Barton, & Green, 2001). A pesquisa demonstrou que dentre os riscos detectados pelo IRDI também o autismo é detectado. Foi realizado ainda um estudo estatístico descritivo e discutidas vinhetas clínicas, compondo uma análise nos campos coletivo e singular. As vinhetas clínicas demonstraram que o IRDI pode ser usado como um operador de leitura, auxiliando a compreensão de dinâmicas familiares e que tem potencial para orientar intervenções pontuais no momento da avaliação. O estudo também considerou o papel exercido pelo profissional que está à frente das avaliações, sua formação, mas também sentimentos contratransferenciais, para que a subjetividade das famílias compareça e para que o

IRDI possa de fato ser utilizado como operador de leitura. Outro estudo, de Beltramini et al. (2014), analisaram 182 mães e seus bebês nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul avaliando a possível relação entre dificuldade na constituição da experiência da maternidade e a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil, bem como a interferência ou não de variáveis psicossociais e obstétricas em ambos aspectos. Foi aplicado o protocolo IRDI com todas as díades. O estudo demonstrou que a presença de dificuldades na experiência da maternidade relacionou-se estatisticamente com a presença de risco ao desenvolvimento infantil. As variáveis psicossociais e obstétricas não apresentaram interferência significativa. A pesquisa apontou que dificuldades na constituição da experiência da maternidade pode ser um importante fator para o aparecimento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, pois alterações no comportamento de quem exerce a função materna se refletem já na protoconversaç o inicial da díade mãe-bebê, o que pode gerar risco ao desenvolvimento infantil de um modo geral, e à aquisição da linguagem em particular. Guedenay, Mintz e Dugravier (2007) apontam que os riscos no desenvolvimento podem ser de natureza pré ou pós-natal e estão relacionados às relações pais e filhos, podendo estar ligadas a situações específicas – abuso, deficiência, depressão pós-parto ou psicopatologias parentais e/ou representar os primeiros sinais de um transtorno na infância.

Uma pesquisa, orientada por Bernardino e Mariotto (2009) em Curitiba e por Kupfer et al. (2007) em São Paulo, buscaram demonstrar a aplicabilidade do IRDI em creches, sugerindo que uma formação baseada na Metodologia IRDI poderia aguçar o olhar do Educador e favorecer a promoção de saúde mental dos bebês. Estas pesquisas se justificaram a partir da importância que a creche e as escolas de educação infantil passaram a ter no cotidiano das famílias nos centros urbanos. Já a pesquisa “O impacto

da Metodologia IRDI na prevenção de risco psíquico em crianças que frequentam creche no seu primeiro ano e meio de vida”, do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Clínica Interdisciplinar da Infância da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, acompanhou 88 bebês e seus educadores, sendo que, destes 88, 30 deles apresentavam mais de dois indicadores ausentes. Segundo estudos realizados por Kupfer et al. (2009), bebês com dois ou mais indicadores ausentes até 18 meses de idades apresentaram risco de constituição psíquica ou problemas de desenvolvimento aos três anos de idade. Segundo o estudo, foi possível identificar que a Metodologia IRDI se mostra um potente dispositivo para a análise da configuração da saúde psíquica da criança e uma importante ferramenta para a promoção de saúde mental (Ferrari et al., 2017).

Importante salientar que perceber sinais iniciais de risco no desenvolvimento infantil e iniciar uma intervenção a tempo pode representar uma mudança importante no percurso de vida do bebê e de seus pais, à medida que é o período de maior plasticidade cerebral (Halpern, Giugliani, Victora, Barros, & Horta, 2000; Guedenay et. al., 2007). Mazet e Houzel (1996) chamam a atenção para a dificuldade da reversibilidade dos distúrbios uma vez instalados, quando se trata de psicoses infantis ou estados deficitários, e alertam que é essencial evitar ao máximo a instalação destes quadros: “a experiência mostrou que frequentemente a reversibilidade dos distúrbios é função da precocidade da identificação e do tratamento” (p. 547). Portanto, uma intervenção inicial pode representar a possibilidade de evitar um diagnóstico futuro, modificando, assim, não apenas a relação do bebê com seus pais, mas todo o percurso de desenvolvimento desse sujeito em plena constituição psíquica (Campanário & Pinto, 2006; Jerusalinsky, 2011; Kupfer et al., 2009; Laznik, 2015).

Nos últimos anos os resultados de diferentes estudos confirmaram, de diferentes maneiras, a importância da intervenção a tempo nos casos de risco no desenvolvimento infantil (Laznik, 1997; 2004; 2015; Kupfer et. al., 2009; Macedo, 2010; Dudzeele, 2012; Muratori & Narcizi, 2014; Gonçalves, Silva, Menezes, & Tonial; 2017; Jerusalinsky, 2008). A literatura focada nas intervenções terapêuticas de abordagem psicanalítica aponta que o trabalho de PPPb com risco no desenvolvimento infantil – mais precisamente problemas de estruturação subjetiva – necessita de encenações e representações de diferentes funções e papéis (pai, mãe, filho) para serem assumidas transferencialmente (Macedo, 2010; Dudzeele, 2012; Laznik, 2004). O psicoterapeuta atua como representante, por vezes do bebê, por vezes da mãe e/ou pai, na encenação da psicoterapia, nomeando, para ambos, aquilo que ambos não conseguem perceber. Pollak-Cornillot (2013) aponta a importância do trabalho do terapeuta como modelo para a mãe na PPPb e afirma que a intervenção se baseia no desenvolvimento da confiança dos pais em interagirem com seus filhos.

Portanto, este estudo teve como objetivo descrever os Indicadores Clínicos de Risco no Desenvolvimento Infantil ao longo do processo de psicoterapia psicanalítica pais-bebê.

Método

Delineamento

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa e o delineamento é um estudo de caso único, exploratório. O estudo de caso, segundo Yin (2010), é uma investigação empírica utilizada para pesquisar uma situação específica quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão bem definidos. A escolha pelo estudo de caso exploratório se dá a fim de buscar informações e explorar o tema dos indicadores

clínicos de risco no desenvolvimento infantil e sua manifestação ao longo do processo psicoterápico.

Participantes

Participaram do estudo um bebê com risco no desenvolvimento infantil, avaliado pelo instrumento IRDI, com quatro meses de vida no início do tratamento, o pai e a mãe deste bebê. Também participou desta coleta de dados uma psicoterapeuta com formação Psicanalítica e especialização em Transtornos do Desenvolvimento na Infância, com 14 anos de experiência clínica, que realizou a intervenção proposta.

O bebê não possui outro diagnóstico, tal como Síndrome de Down, dificuldades auditivas já presentes no teste da orelhinha ou cardiopatias presentes no teste do coraçãozinho. Os pais não apresentaram sintomas psiquiátricos severos, tais como sintomas de Transtorno Depressivo Maior, Esquizofrenia, Transtorno Borderline de Personalidade, Dependência Química, entre outros que pudessem interferir drasticamente na compreensão dos instrumentos aplicados durante a pesquisa ou no próprio processo psicoterápico da tríade pais-bebê. Estes critérios foram avaliados a partir de sintomas autorrelatados e observados pela pesquisadora.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados:

— **Ficha de contato inicial** (Apêndice B) – ficha com dados de identificação e de contato, e informações sobre diagnóstico clínico e uso de medicação. Foi utilizada para fins de triagem.

— **Caderneta de saúde da criança** – documento que contém dados sobre testes prévios realizados pela criança, tais como teste da orelhinha, do pezinho e do

coraçãozinho e alertam para outros complicadores que podem ser critérios de exclusão do bebê na pesquisa.

— **IRDI – Indicadores (Clínicos) de Risco do Desenvolvimento Infantil** (Apêndice A) – O instrumento tem por objetivo verificar indicadores clínicos para a detecção precoce de risco para o desenvolvimento e constituição psíquica na primeira infância. É composto por 31 indicadores clínicos de risco ou de problemas no desenvolvimento infantil observáveis e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. Os indicadores são divididos a partir da faixa etária do bebê, sendo elas 0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses incompletos. Quanto maior for o número de indicadores que não são manifestados pelo bebê ou pela mãe e o pai (indicadores ausentes), maiores são os indícios de risco no desenvolvimento infantil. Poucos indicadores clínicos de risco ausentes representam questões relacionadas às dificuldades de ordem subjetiva que afetam o desenvolvimento, mas não prejudicam a instalação do sujeito psíquico, como por exemplo a hiperatividade, problemas com regras e lei e enurese. Muitos indicadores negativos representam “problemas na constituição subjetiva” (p.8) que abarcariam os problemas estruturais no processo de constituição de sujeito, apontando um risco prognóstico em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados Transtornos de Espectro Autista (Kupfer et al., 2009).

O IRDI foi aplicado para verificar se o bebê estava dentro do critério de inclusão da pesquisa como um bebê que apresenta riscos no desenvolvimento infantil e posteriormente a fim de reavaliá-los ao longo do processo de psicoterapia.

— **Gravação de vídeos** – durante todo o processo psicoterápico as sessões psicoterápicas foram gravadas em vídeo (30 sessões). Para esta pesquisa foram

utilizados os vídeos da primeira sessão e de uma sessão aos 3, 6 e 9 meses de tratamento, a fim de reavaliar o bebê a partir do IRDI.

— **Entrevista com os pais acerca das impressões do processo de PPPb** (Apêndice G) – trata-se de uma entrevista semiestruturada, buscando coletar informações a respeito das impressões dos pais acerca da psicoterapia e das intervenções da terapeuta.

— **Entrevista com a psicoterapeuta acerca do processo de PPPb (Apêndice H)** – trata-se de uma entrevista semiestruturada aplicada com a psicoterapeuta que realizou a PPPb durante a pesquisa, a fim de coletar informações com relação ao processo psicoterápico e às intervenções terapêuticas durante este período.

Procedimentos de Coleta de Dados

Foi feito contato inicial com a instituição na qual se realizou a pesquisa, para obter carta de anuência. Esta instituição é uma clínica privada transdisciplinar de infância e adolescência localizada na região metropolitana de Porto Alegre. O projeto passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos para aprovação em dezembro de 2019. Em seguida, foram visitados pediatras do município para a entrega dos convites para os pais de bebês com possível risco no desenvolvimento infantil, a fim de encontrar bebês entre quatro e nove meses de vida que pudessem ser encaminhados para instituição para uma avaliação, tendo em vista que a instituição que foi realizada a pesquisa geralmente recebe crianças mais velhas. A tríade pais-bebê que participou da pesquisa foi encaminhada por um pediatra da região que percebeu estes riscos no desenvolvimento a partir dos relatos da mãe sobre dificuldade de vinculação com o bebê e outras dificuldades, tais como raro contato ocular da bebê com a mãe, choro estridente por um longo período de tempo e irritabilidade extrema.

A tríade chegou à instituição em que foi realizada a pesquisa para a triagem e preencheu a Ficha de Contato Inicial. Os pais trouxeram a caderneta de saúde da criança na triagem para verificar outros dados do bebê, tais como apgar, teste da orelhinha e do coraçãozinho a fim de verificar critérios de inclusão e/ou exclusão para a pesquisa. Em seguida a pesquisadora realizou uma avaliação com o bebê onde se observou que havia indicadores clínicos que representavam problemas estruturais na constituição do sujeito - critério de inclusão na pesquisa. O bebê e os pais foram avaliados através do instrumento IRDI - Indicadores Clínicos de Risco do Desenvolvimento Infantil (Kupfer et al., 2009). Após constatar que a tríade fechava critérios para participação na pesquisa, os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A psicoterapeuta com orientação analítica e especialização em transtornos do desenvolvimento - que faz parte da equipe da instituição em que ocorreu a pesquisa - também foi convidada para participar do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Psicóloga.

Na semana seguinte iniciou-se a PPPb semanalmente, com a tríade e a psicoterapeuta (que não é a pesquisadora). Todas as sessões foram gravadas em vídeo e as sessões dos três, seis e nove meses de tratamento foram utilizadas para reavaliação do IRDI.

Procedimentos de análise de dados

Os dados obtidos através dos IRDIs observados na entrevista inicial serviram como procedimento de seleção/triagem do caso. A análise dos dados obtidos através dos vídeos foi realizada a partir da observação das sessões gravadas, a fim de comparar e descrever os indicadores clínicos de risco no desenvolvimento infantil ao longo do

processo psicoterápico, utilizando-se a sessão inicial e as sessões de três, seis e nove meses de tratamento.

A seguir é apresentada uma breve descrição e contextualização do caso. Depois se apresenta uma síntese dos indicadores clínicos de risco no desenvolvimento infantil nos quatro momentos avaliados a fim de descrever o que se passou durante o tratamento.

Resultados e discussão

O bebê participante da pesquisa chegou na instituição para avaliação com quatro meses de vida. A pediatra encaminhou a família para a pesquisa porque a mãe relatava não conseguir estabelecer um vínculo com a filha. Já na entrevista inicial com a pesquisadora foi possível perceber que a bebê chorava muito, era difícil da mãe conseguir acalmá-la, bem como não conseguia aconchegá-la em seu colo. Elis – nome fictício para descrever a bebê – parecia distante e pouco conectada com a mãe. Dentre os cinco Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil - IRDI (Kupfer et al., 2009) respectivos a sua faixa etária, Elis demonstrou ter os cinco ausentes no início da pesquisa, demonstrando risco máximo de problemas de constituição subjetiva, segundo o instrumento. Segue abaixo os indicadores referentes a faixa etária de zero a quatro meses incompletos que foram observados na avaliação de Elis para melhor explicação:

1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. A mãe de Elis não conseguia identificar um motivo para o choro da bebê e isso desesperava muito a menina. A bebê chorava bastante e a mãe tentava inúmeras formas de acalmá-la, mas não tinha sucesso.

2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). Não havia uma entonação na fala da mãe dirigida a Elis. A fala era sobre a

filha, mas não para a filha.

3. A criança reage ao manhês. Elis não reagia ao manhês porque ele também não existia na fala da mãe. Na avaliação, quando a pesquisadora se utilizava do manhês (prosódia), Elis também não se interessava muito.

4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. A mãe não aguardava a reação da bebê, embora o choro fosse tão estridente que angustiava a própria pesquisadora durante a avaliação inicial

5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. O contato ocular era raríssimo entre ambas, praticamente inexistente. Mesmo quando Elis estava no colo da mãe, sendo ninada para dormir, ela não buscava o olhar da mãe. A mãe chegou relatando que ‘não conseguia fazer vínculo com a filha’ e chamou muito a atenção da pesquisadora o termo vínculo utilizado pela mãe, uma vez que é um termo técnico. Gabriela se sentia angustiada por não conseguir se conectar com a filha, percebendo que ela também não buscava a mãe nessa conexão.



Figura 7. IRDI Início do Tratamento

Nas primeiras consultas apenas mãe e filha estavam participando da psicoterapia. A partir da quarta sessão o pai passou a participar também e mostrar-se bastante envolvido.

Após um mês de psicoterapia ocorreu a chegada da pandemia de Covid-19 e se precisou suspender os atendimentos presenciais. A família aceitou seguir realizando os atendimentos de forma on-line, o que ocorreu durante um mês. Nas chamadas de vídeo on-line tanto a mãe quanto o pai e a Elis estavam presentes e participavam do atendimento. Essas sessões não foram gravadas.

Tão logo a instituição retornou aos atendimentos presenciais, assim também Elis e seus pais retornaram às consultas na instituição. A família sempre se fez presente nos atendimentos e demonstrou uma ótima aliança terapêutica com a psicoterapeuta. Surgiram, ao longo do tratamento, muitas questões relacionadas a como Elis era percebida pelos pais, quais as expectativas, medos e comparações com a irmã mais velha, de seis anos. Tanto pai quanto mãe tinham uma boa capacidade cognitiva e, aos poucos, também foram conseguindo desenvolver uma capacidade empática com a filha. No início a mãe demonstrava um discurso bastante intelectualizado e uma necessidade de que tudo estivesse sob controle. Já o pai, era um pouco mais distante.

Na sessão que completava três meses de tratamento o IRDI foi reaplicado a partir da observação da pesquisadora. No momento a bebê estava com sete meses de vida. Seguem abaixo os indicadores clínicos para a respectiva faixa etária (quatro a oito meses incompletos) e as observações realizadas.

6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. A mãe conta que o sono oscila muito ainda, que algumas noites são bem agitadas, acordando de hora em hora ou ficando bastante tempo acordada e tendo mais sono durante o dia.

7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. Os sinais de Elis ainda são predominantemente através do choro não diferenciando muito a entonação do choro ou utilizando outras formas como puxar ou vocalizar para expressar suas necessidades.

8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a resposta. A solicitação de Elis para a mãe é sempre através do choro, mas ainda é um choro mais desesperado, que não aguarda a resposta da mãe.

9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases. Gabriela pergunta para a Elis o que ela está procurando, olhando em direção ao lugar que a filha olha. O papazinho hoje no almoço estava gostoso, Elis? Conta para a Renata. Foram várias frases dirigidas a bebê.

10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. Quando a terapeuta pergunta se estava gostosa a sopinha de bolacha que a mamãe fez, falando em tom de prosódia, Elis vira a cabecinha e dá um sorriso aberto e cantado, escutando a terapeuta. Quando a mãe imita a respiração ofegante dela dizendo que está fazendo uma respiração para aliviar o estresse, também utilizando a prosódia, Elis olha para a mãe e sorri. A bebê ainda não olha para a mãe sem que a mãe lhe chame ou faça alguma sonorização cantada, mas quando a mãe usa alguma prosódia ela olha.

11. A criança procura ativamente o olhar da mãe. Ainda não há uma procura ativa do olhar de Elis para a mãe a não ser quando a mãe faz uma sonorização especial com a boca. A bebê ainda parece evitar o olhar da mãe.

12. A mãe dá o suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. A mãe conta durante a sessão que às vezes dão uma judiada em casa colocando os

brinquedos de interesse mais longe para ver se ela vai. Realmente a mãe faz esse comportamento durante a sessão.

13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva. Elis ainda não faz a solicitação de outra forma que não seja o choro com o desconforto. Ela não vai em direção da mãe para pegá-la no colo, por exemplo. Ela chora, parada. Também não estende os bracinhos pedindo colo.

Percebe-se que, após três meses de tratamento, os indicadores clínicos de risco ausentes já diminuíram. Dos oito indicadores para a idade da Elis, cinco estão ausentes (representam risco no desenvolvimento) e três já estão presentes.



Figura 8. IRDI Três meses de tratamento

A mãe está utilizando o manhês no que parece ser uma imitação das intervenções da psicoterapeuta e Elis tem respondido a essas investidas, tanto da psicoterapeuta como da mãe. No entanto, ainda não há uma busca ativa de Elis para a mãe e os choros ainda estão presentes e são constantes, sem ter entonações diferentes ou outras formas de solicitar atenção ou ajuda. A rotina de sono ainda é desorganizada, o que cansa e angustia bastante a mãe.

Outra avaliação foi realizada aos seis meses de tratamento. Elis estava com dez meses de vida. Segue abaixo os indicadores clínicos de risco respectivos da faixa etária em que a bebê se encontrava (oito a 12 meses incompletos) no momento da avaliação e as observações relacionadas ao comportamento da bebê e de seus cuidadores com relação aos respectivos indicadores.

14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. A mãe ainda atribui os comportamentos menos adequados a uma teimosia ou personalidade forte de Elis, não conseguindo perceber como uma forma da menina chamar sua atenção ou uma exploração de ambiente e comportamento. “Ela é teimosinha, quer ir onde não pode”.

15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos/brincadeiras amorosas com a mãe. A mãe relata que ainda durante o banho e a alimentação é preciso ser mais rápida para que Elis não se incomode. Tentam finalizar logo para que não haja choros. Não parece haver brincadeiras e jogos entre mãe e filha nestes momentos, talvez porque a mãe ainda fique mais tensa nestes momentos, já que tem um histórico de terem sido muito conturbados.

16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. Elis demonstra claramente os brinquedos que gosta ou não gosta na sessão, dando preferência ao pandeirinho e a outro chocalho que a mãe apelidou de alteres. Gabriela conta das preferências na alimentação que, quando ela não gosta “serra a boquinha” e não abre de jeito nenhum para comer.

17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. Quando Elis pega o pandeirinho de brinquedo já começam a cantar aquela que dizem que é a música dela, um “Lelelele” que também lembra o apelido da menina, que é Lelê. Em outro momento

a mãe diz para a filha: “faz moça bonita” e ela pega a mão da mãe e fica de pé. Ficar de pé é “fazer moça bonita” na linguagem particular das duas.

18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. Quando outra profissional que não a psicoterapeuta que acompanha o caso faz uma gracinha para Elis na recepção da clínica antes da consulta ela desvia o olhar e chora.

19. A criança possui objetos prediletos. Logo que chega na sala de atendimento quer ir para o chão e pegar o brinquedo que sempre brinca. A mãe, inclusive, faz uma brincadeira dizendo que faz uma semana que ela não faz os exercícios com os alteres e por isso foi direto em direção ao brinquedo. Alteres é o nome que deram para um chocalho que parece o objeto usado em academias de musculação e parece que Elis sempre escolhe este como um dos brinquedos nas consultas.

20. A criança faz gracinhas. Durante a sessão ela força uma tosse e a psicoterapeuta diz: “opa”, ela acha engraçado e faz força para tossir várias vezes para chamar a atenção da psicoterapeuta, sorrindo sempre que a mesma diz “opa”.

21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto. Quando Elis mexe o chocalho (que a mãe apelidou de alteres), ela olha para os pais para verificar se estão olhando o que ela está fazendo.

22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. Elis já come alimentos sólidos, semi-sólidos e líquidos, demonstrando suas preferências. A mãe relata que ela prefere iogurte do que frutinhas e que está se interessando por aquilo que os pais estão comendo, embora tenha alguns alimentos que ela não tolera e precisam estar disfarçados na comida.



Figura 9. IRDI Seis meses de tratamento

Ao longo do tratamento o pai de Elis foi se aproximando e construindo um vínculo mais consistente com a filha, sendo também uma excelente rede de apoio para a mãe. Elis foi diminuindo seus indicadores de risco no desenvolvimento infantil, interagindo mais num primeiro momento com a psicoterapeuta e em seguida com a mãe e o pai. A família relatava que Elis adorava o espaço da terapia o que se pode pensar que também é uma forma de manifestar que os pais se sentiam muito bem no *setting* terapêutico.

O pai e a mãe foram demitidos dos seus respectivos trabalhos ao longo do tratamento e contaram com o apoio da psicoterapia também neste momento. A família tinha uma reserva financeira, o que fez com que as demissões não se tornassem ainda mais ansiogênicas. Em virtude de estarem todos em casa, os pais se aproximaram muito da Elis neste período e demonstraram um olhar atento à menina. Um mês antes do término da pesquisa o pai tinha se recolocado profissionalmente.

Tanto a relação da mãe quanto a relação do pai eram muito boas com a psicoterapeuta e ambos participavam ativamente das consultas, trazendo dúvidas,

informações e ansiedades. Na última sessão classificada neste trabalho, Elis estava com um ano e um mês. Já estava caminhando e os primeiros passos sozinha, segundo a mãe, foram dados numa sessão de psicoterapia, o que parece bastante representativo para o caso. Elis também já falava várias palavrinhas e buscava o pai e a mãe para brincarem com ela durante a sessão.

Segue abaixo os indicadores clínicos de risco no desenvolvimento infantil avaliados de acordo com a faixa etária que Elis se encontrava ao término desta pesquisa (12 a 18 meses incompletos) e os comportamentos apresentados. A bebê estava com um ano e um mês completos nesta última avaliação realizada.

23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. Na última sessão a mãe conseguia se voltar a terapeuta para contar alguns fatos deixando livremente Elis pela sala. Foi possível perceber que a mãe estava tranquila falando com a psicoterapeuta enquanto deixava aos cuidados do pai o olhar atento à filha. Elis tentava abrir gavetas, subir no sofá, entre outras explorações do ambiente que são características dessa faixa etária.

24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. A mãe sai da sala e se dirige ao banheiro. Elis segue brincando com a terapeuta com entusiasmo. No entanto, quando a mãe retorna à sala, Elis corre em direção a mãe como se estivesse demonstrando que sentiu a sua falta.

25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno. Elis já não mama mais no peito e a mãe demonstra certa facilidade em distrair a filha com brinquedos e brincadeiras que já foram realizadas, inclusive, em outras sessões da psicoterapia. Na sessão do 9º mês de tratamento, a mãe pega o pandeiro para distrair a filha e começa a cantar o “Lererere” e a filha logo se interessa e dança com ela.

26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.

Quando Elis se dirige até a bolsa da mãe a mesma pergunta se ela quer água. Elis repete “aua” e a mãe lhe dá a mamadeira. Em seguida Elis mexe novamente na bolsa querendo pegar a carteira da mãe e a mesma responde “não, essa aqui é minha, a tua é a água”.

27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. O interesse de Elis pela bolsa da mãe, conforme descrito no indicador acima, é uma forma de avaliar este indicador.

28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. Elis tenta pegar a bolsa, a carteira e o óculos de sol da mãe durante a sessão, embora estivesse a disposição muitos brinquedos com os quais a menina já estava brincando.

29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. A mãe diz “A Elis quer água?” e a Elis repete “Aua” e então a mãe entrega a água para a filha. Quando Elis pega o cachorrinho de brinquedo para brincar a mãe pergunta: “Como o cachorro faz?” e Elis responde “auauaua”.

30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. Os pais usam a expressão “nãããã” para dizer não para Elis quando ela se aproxima ou mexe em algum lugar que não deve, como a bolsa, a chave a algumas gavetas de documentos da psicoterapeuta.

31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios. Quando Elis mexe na bolsa e nos óculos da mãe, ela vai indo em direção aos mesmos e olha para a mãe para ver qual será sua reação. O mesmo não ocorre com o pandeiro e outros brinquedinhos que estão à disposição na sala, o que demonstra esta diferenciação do que é para ela e aquilo que é da mãe. Ao término da sessão a mãe diz para Elis pegar o “papato” dela e ela vai em direção ao mesmo pra pegá-lo e entregá-lo à Gabriela para colocar de volta no pezinho.



Figura 10. IRDI Nove meses de tratamento

Conforme já aponta a literatura, foi perceptível também o impacto da psicoterapia pais-bebê para o aumento da sensibilidade materna (Cramer et al., 1990; Gomes, 2007) e, neste caso, também paterna, ao longo do processo psicoterápico desta tríade. No início da psicoterapia Elis chorava por muito tempo durante as consultas e a mãe e o pai não conseguiam tranquilizá-la. Aos poucos os pais foram diminuindo a ansiedade e buscando escutar aquilo que a filha precisava, mostrando-se mais sensíveis às necessidades da mesma e se sentindo correspondidos. Na sessão 24 a psicoterapeuta pergunta como eles têm se sentido com relação a esse vínculo com a Elis quando relatam que estavam brincando com ela durante o banho e a mãe responde:

- Ah, libertador, né? É muito bom poder interagir com ela assim, fazer essas coisas que antes eu pensei em que momento isso ia ser possível né, o que que eu poderia fazer pra chegar mais próximo a ela né. E agora eu consigo e o melhor é que ela também curte.

Ao final dos nove meses de tratamento a pesquisadora perguntou aos pais na entrevista como foi o processo de terapia e a resposta ilustrou não apenas o processo de terapia, mas também o desenvolvimento de Elis:

Mãe -Ela tinha um olhar perdido e agora vemos nela um olhar apaixonado que eu achei que nunca iria conseguir ver.

Mãe - Foi muito bom entender ela, adotamos outra postura, vimos as coisas de um jeito diferente e uma forma de pensar diferente. Parecia que nós não tínhamos vínculo. Parecia que ela não estava fazendo parte e a gente teve que mudar para ela fazer parte também.

É possível perceber a mudança não apenas na bebê da pesquisa como – e principalmente – no comportamento dos pais com relação a essa filha, Segundo Soulé (2004, p. 40), é preciso atentar para “a emergência de uma demanda mascarada”, quando o indicador alerta para a existência de uma necessidade que a família não consegue expressar e que “caberia então ao profissional ajudá-la a formulá-la ou fazê-la emergir de um outro modo”. Este foi o trabalho da psicoterapeuta no processo psicoterápico de Elis e seus pais numa intervenção inicial que possibilitou que os indicadores clínicos de risco fossem gradativamente diminuindo e se extinguindo. Os pais se sentiam mais próximos dessa filha, conseguiam interagir melhor e recebiam uma resposta de Elis às suas tentativas de interação, demonstrando uma abertura efetiva para a entrada desta criança na família, reconhecendo-a como um sujeito diferente deles e com suas próprias necessidades.

Segundo a psicoterapeuta que realizou a psicoterapia, quando foi perguntada se percebeu mudanças na Elis ao longo do tratamento, ela respondeu:

Houve muitas mudanças, houve um crescimento e desenvolvimento bem significativo. Inicialmente tinham muitas questões que me preocupavam em termos de constituição psíquica dela e da forma como os pais viam ela. Aquele choro constante que não acalmava, o sono que não acontecia e fui vendo o quanto a Elis ia respondendo às intervenções e um holding para a mãe e o pai foi ajudando eles a decodificar ela, dando outros sentidos... encontrando sentidos (...) Quem era a Elis, o que ela precisava. Que bom que a Elis chegou cedo para tratamento, pois tinha ainda uma apetência para a relação, embora a angústia

estivesse tomando conta - dela e dos pais. Não tinha espaço psíquico para um lugar dela. Eles estavam reagindo e não pensando. Sem a psicoterapia poderia ter ficado no risco na constituição psíquica, pois ela estava se fechando e os pais também.

Sabe-se que o bebê sofre mudanças expressivas nos primeiros meses, como o surgimento do sorriso social, que é uma forma de comunicação intencional, alicerçada nas primeiras trocas intersubjetivas estabelecidas com adultos e que possui reflexos na cognição social e aquisição da linguagem (Ferrari, Piccinini, & Lopes; 2007). Sabe-se também que tais características dos bebês se combinam de forma complexa e singular com as possibilidades do adulto para cuidar e interagir de formas distintas e a partir das bases culturais próprias de seus cuidadores (Lavelli & Fogel, 2005; Parlato-Oliveira, 2010). A partir do trabalho da psicoterapia a tríade pais-bebê foi percebendo novas possibilidades para além das dificuldades que estavam presentes e construindo uma forma nova de “maternar” e “paternar” a partir do bebê que se fazia presente. Elis também foi percebendo as possibilidades que eram oferecidas a ela e o desenvolvimento passou a acontecer de maneira gradual, sendo que os indicadores de risco foram se extinguindo.

Considerações finais

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa era descrever os Indicadores Clínicos de Risco no Desenvolvimento Infantil ao longo do processo de psicoterapia psicanalítica pais-bebê, percebeu-se que houve uma mudança ao longo do processo, diminuindo gradativamente os IRDIs nestes nove meses de tratamento. Sabe-se que múltiplos fatores podem ter interferido no comportamento dos indicadores, tais como crescimento e desenvolvimento do bebê e fatores externos ao processo de psicoterapia. No entanto, é importante salientar que Elis chegou para tratamento aos quatro meses de vida apresentando cinco de um total de cinco indicadores clínicos de risco e que ao

longo da psicoterapia estes IRDIS foram desaparecendo e tanto os pais quanto a psicoterapeuta atribuem ao tratamento grande parte do sucesso no desenvolvimento da menina e, por que não, dos pais.

Outros estudos seriam necessários para verificar como outros bebês com risco se comportariam diante desta mesma psicoterapia, tendo em vista que cada sujeito é único e as histórias familiares são singulares. No entanto, acompanhar um bebê com risco tão evidente no desenvolvimento e perceber a modificação gradativa dos IRDIs ao longo do tratamento dá indícios importantes de que o instrumento é sensível às modificações ocorridas com o bebê e sua família e que uma psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil pode trazer muitos benefícios quando iniciada a tempo, representando possíveis mudanças no prognóstico de uma criança.

Referências

- Beltrami, L., Moraes, A. B., & Souza, A. P. R. (2014). Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC, 16(6)*, 1828-1836. doi:10.1590/1982-0216201421712
- Bernardino, L. M. F. (2006) *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta.
- Bernardino, L., & Mariotto, R. (2009). *Deteção de riscos psíquicos em bebês de berçários de centros municipais de Educação Infantil de Curitiba*. In Congresso Nacional de Educação e III Encontro Sul Brasileiro de Psicologia, Curitiba, PR, outubro.
- Campana, N. T. C., Lerner, R., & David, V. F. (2015). IRDI na Avaliação de Bebês com Problemas de Desenvolvimento Associados ao Autismo. *Paidéia, 25(60)*, 85-93. doi:10.1590/1982-43272560201511.

- Campanário, I. & Pinto, J. (2006). O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, 11(21), 150-169. doi:10.11606/issn.1981-1624.v11i21p150-169
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J. P., Knauer, D., Berney, C. & D'arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278-300.
- Dudzele, G. C. (2012). Irene: das sensações as emoções. *Estilos da Clínica*, 17(2), 306-323. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200009
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313. doi:10.1590/S1413-73722007000200011
- Ferrari, A. G., Fernandes, P. de P., Silva, M. da R., & Scapinello, M. (2017). A experiência com a Metodologia IRDI em creches: pré-venir um sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 17-33. doi:10.1590/1415-4714.2017v20n1p17.2
- Gomes, A. (2007). *Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.
- Gonçalves, A. P., Silva, B., Menezes, M. & Tonial, L. (2017). Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura. *Tempo Psicanalítico*, 49(2), 152-181. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000200008.

- Guedenay, A., Mintz, A. S., Dugravier, R. (2007). Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *Rev Psychiatri/Pédopsychiatri*.
doi:10.1016/S0246-1072(07)32787-9
- Halpern R, Giugliani E. R. J., Victora C. G., Barros F. C., & Horta B. L. (2000). Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr*, 76(6):421-428.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança: brincar gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador: Ágalma.
- _____. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In M. Kamers (org.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância*. (pp. 103-115). São Paulo: Escuta.
- _____. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à Lei nº 13.438/17, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *Estilos Da Clinica*, 23(1), 83-99. doi:10.11606/issn.1981-1624.v23i1p83-99
- Jerusalinsky, J. & Melo, M. S. (orgs.). (2020). Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Ágalma.
- Kupfer, M. C. M. (2007). *Metodologia IRDI – uma intervenção com educadores de creche a partir da psicanálise*. Projeto de Pesquisa, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin*

American Journal of Fundamental Psychopathology, 6(1), 48-68.

doi:10.1590/S1415-47142010000100003.

- Kupfer, M. C. M., Pesaro, M. E. & Degenszajn, R. D. (2007). O desenvolvimento psíquico da criança: a abordagem da psicanálise. In A. M. de U. Escobar, S. J F E Grisi, & M. H. Valente. (Org.). *A promoção da saúde na infância*. (p. 10-20). São Paulo: Editora Manole.
- Lavelli, M. & Fogel, A. (2005). Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. *Dev Psychol*, 41(1), 265-80. doi:10.1037/0012-1649.41.1.265.
- Laznik, M. C (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística. In D. B. Wanderley (Org.). *Palavras em torno do berço* (pp. 35-51). Salvador, BA: Ágalma.
- _____. (2004). *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- _____. (2013). *A hora e a vez do bebê*. São Paulo: Instituto Langage.
- _____. (2015). La prise en charge précocissime des bébés. *Annales du IVème Séminaire International Transdisciplinaire sur le bébé: évolution, pratiques cliniques et recherche*. Paris, France. São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Macedo, C. R. M. (2010). A função continente e o uso da contratransferência como instrumentos na psicoterapia de grupo com pacientes com severas perturbações no desenvolvimento do psiquismo. *Vínculo*, 7(2), 16-23. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902010000200005
- Mazet, P., & Houzel, D. (1996). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Maloine.

- Moraes, A. S., Bronzatto, E. M. K., Lerner, R., & Kupfer, M. C. M. (2015). Effects of Pediatric Training for Detecting Signs of Developmental Problems. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 359-373. doi:10.1590/1982-370300252014.
- Muratori, F. & Narzisi, A. (2014). Exploratory study describing 6 month outcomes for young children with autism who receive treatment as usual in Italy. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 10, 577–586. doi:10.2147/NDT.S58308
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Parlato-Oliveira É. (2010). Como falam os bebês? Explorações sobre a fala e o campo da linguagem na clínica de bebês. In D. C. Barbosa & É Parlato-Oliveira (orgs.). *Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância*. São Paulo: Instituto Langage.
- Pesaro, M. E. & Kupfer, M.C. M. (2016). Um lugar para o sujeito-criança: os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) como mediadores do olhar interdisciplinar sobre os bebês. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 5(9), 58-68. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972016000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Pollak-Cornillot, M. (2013) Thérapie brève et utilisation psychanalytique d'enregistrements video. In C. Auzieu-Premmereur, M. Pollak-Cornillot. *Les pratiques psychanalytique auprès des bébés*. (pp. 237-271). Paris: Dunod.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144. doi:10.1023/a:1010738829569.

Soulé, M. (2004). Une ardente obligation: la prévention précoce. In. DUGNAT, M.

(org.). *Prévention Précoce, parentalité et périnatalité*. Ramonville Sait-Agne: Érès.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. A. Thorell 4. ed.

Porto Alegre: Bookman.

Considerações Finais da Dissertação

Após um ano de trabalho de coleta (nove meses), análise de dados e bastante estudo, é possível afirmar que os objetivos traçados para essa dissertação foram atingidos. O primeiro artigo se propôs a compreender o processo psicoterápico na PPPb com risco no desenvolvimento infantil, focando nas intervenções terapêuticas. Após a classificação das intervenções por dois juízes e análise dos dados foi possível perceber semelhanças e diferenças entre a Psicoterapia Psicanalítica como um todo e a PPPb com risco no desenvolvimento infantil. Intervenções de apoio, assinalamento e informação se fizeram bastante presentes ao longo do processo psicoterápico, bem como as intervenções de encenação que são típicas da PPPb. No entanto, a intervenção mais utilizada pela psicoterapeuta foi a prosódia, uma fala cantada, com entonação de um manhês, que convoca o bebê com risco no desenvolvimento a participar da interação, segundo a teoria de Marie-Christine Laznik que embasou grande parte do trabalho.

No segundo artigo o objetivo foi descrever os Indicadores Clínicos de Risco no Desenvolvimento Infantil ao longo do processo de PPPb de um bebê de quatro meses (no início da psicoterapia), com risco no desenvolvimento infantil - avaliado a partir do protocolo IRDI. Foi possível verificar os indicadores se presentificando ao longo da psicoterapia, diminuindo, gradativamente, os riscos no desenvolvimento.

Levando em consideração as intervenções terapêuticas utilizadas e a descrição dos IRDIs do bebê da pesquisa, pode-se pensar que a PPPb com risco no desenvolvimento infantil realizada pela psicoterapeuta da pesquisa surtiu efeitos na tríade do estudo e as intervenções de prosódia convocaram, efetivamente, este bebê à interação com o outro. A “reanimação psíquica” (Laznik, 1997, p. 40) deste bebê de risco e a reanimação psíquica destes pais foram acontecendo ao longo do processo psicoterápico. A mãe de Elis relatou na entrevista ao final de nove meses de tratamento

que a forma como a psicoterapeuta se dirigia à filha era encantadora e fazia com que todos tivessem vontade de entrar na conversa e na brincadeira. Ou seja, os pais se sentiam também convocados pela intervenção de prosódia a participar da interação, mostrando-se uma intervenção que mobilizava não apenas a bebê, como também seus pais.

Importante levar em consideração que este era um caso único, com suas particularidades, bem como uma psicoterapeuta com suas características próprias e seria necessário seguir estudando os processos psicoterápicos em bebês com risco no desenvolvimento a partir das intervenções de outras psicoterapeutas para ampliar os estudos. Sabe-se que há um conjunto de fatores externos que também podem ter influenciado esses resultados, tais como o passar do tempo e o próprio desenvolvimento do bebê, a história específica dessa família, a aliança terapêutica e outras variáveis não identificáveis.

No entanto, acompanhar um processo psicoterápico de um bebê que inicia com risco altíssimo no desenvolvimento infantil e perceber os progressos ao longo da psicoterapia reafirma a ideia de que se torna imprescindível seguir estudando a avaliação de processo e resultado com este público específico. Afinal, não basta intervir a tempo nos casos de bebês com risco, é necessário conhecer e realizar intervenções capazes de mobilizar os bebês e seus pais para que, assim, possa se pensar numa prevenção das psicopatologias na infância.

Nota de Imprensa

A presente dissertação, intitulada como Psicoterapia Psicanalítica Pais-Bebê com Risco no Desenvolvimento Infantil: Estudo Exploratório de Avaliação de Processo e Resultado é uma pesquisa realizada com um bebê que inicia psicoterapia psicanalítica

pais-bebê com 4 meses de vida com risco no desenvolvimento infantil e segue em psicoterapia até um ano e um mês. O objetivo do estudo foi estudar as intervenções terapêuticas que mais ocorreram ao longo do processo psicoterápico e como os Indicadores de Risco no Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram se comportaram neste bebê ao longo do processo.

O estudo apontou que as intervenções de prosódia foram as que mais ocorreram, sendo também aquelas que mais envolveram os pais na psicoterapia. A pesquisa também mostrou que os IRDIs foram gradativamente diminuindo, sendo que ao final da pesquisa o bebê não apresentava mais indicadores de risco no desenvolvimento infantil. Os resultados apontam que a psicoterapia surtiu efeito neste bebê que inicialmente apresentava riscos altíssimos e ao longo do processo psicoterápico passou a se desenvolver de forma saudável.

Importante salientar que este foi um estudo de caso único e que seriam recomendados outros estudos para seguir avaliando processo e resultado na psicoterapia psicanalítica pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil, uma vez que alguns atravessamentos como o próprio crescimento e desenvolvimento deste bebê e as características da família do estudo podem ter interferido nos resultados. No entanto, acompanhar um bebê com risco altíssimo no desenvolvimento infantil realizando uma psicoterapia inicial e perceber este bebê desenvolvendo e progredindo ao longo do processo parece ser um indicador importante de que intervir a tempo nestes casos pode fazer muita diferença no prognóstico futuro, sendo uma conduta fundamental para a prevenção das psicopatologias na infância.

Referências da Dissertação

- Avelar, M. M., Jerusalinsky, J. (2020). Os psicodiagnósticos fechados e a prática pediátrica: em que se aposta nos primórdios do desenvolvimento infantil? In: J. Jerusalinsky, & M. S. Melo (orgs.). (2020). *Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce*. Salvador: Ágalma.
- Bahrnick, L. E., Gogate, L. J. & Ruiz, I. (2002). Attention and memory for faces and actions in infancy: the salience of actions over faces in dynamic events. *Child Dev.* 73(6), 1629-43. doi:10.1111/1467-8624.00495
- Belini, A. E. G. & Fernandes, F. D. M. (2007). Olhar de bebês em desenvolvimento típico: correlações longitudinais encontradas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, 12(3):165-73. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n3/a03v12n3.pdf>
- Bernardino, L. M. F. (2006) *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta.
- Bialer, M. (2014). Espelhos no autismo: alicerces para a criação de um estofo imaginário. *Estilos da Clínica*, 19(2), 294-308. doi:10.11606/issn.1981-1624.v19i2p294-308
- Bosa, C. A. (2002). Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In C. R. Baptista & C. A. Bosa (Orgs.), *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção* (pp. 21-39). Porto Alegre: Artmed.
- Bushnell, I. W., Sai, F. & Mullin, J. T. (1989). Neonatal recognition of the mother's face. *British Journal of Developmental Psychology*, 7(1), 3-15. doi:10.1111/j.2044-835X.1989.tb00784.x
- Busseri, M. A., Rose-Krasnor, L., Willoughby, T., & Chalmers, H. (2006). A longitudinal examination of breadth and intensity of youth activity involvement and

successful development. *Developmental Psychology*, 42(6), 1313-1326.

doi:10.1037/0012-1649.42.6.1313.

- Campanário, I. & Pinto, J. (2006). O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, 11(21), 150-169. doi:10.11606/issn.1981-1624.v11i21p150-169
- Carpenter, M., Nagell, K. & Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63(4), 176. doi:10.2307/1166214
- Cassel, P., Sanchez, L., Campezzato, P., & Tiellet-Nunes, M. (2015). Processo psicoterapêutico: compreensão de momentos de mudança psicológica em uma sessão de psicoterapia psicanalítica. *Contextos Clínicos*, 8(1), 27-37.
doi:10.4013/ctc.2015.81.03
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dudzele, G. C. (2012). Irene: das sensações as emoções. *Estilos da Clínica*, 17(2), 306-323. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200009
- Feliciano, D. D. S. & Souza, A. S. L. D. (2011). Para além do seio: Uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Jornal de Psicanálise*, 44(81), 145-161. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000200012
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: The vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 129-136.
doi:10.1080/0075417031000138406

- Frisancho, A. R. (2009). Developmental adaptation: Where we go from here. *American Journal of Human Biology*, 21(5), 694-703. doi: 10.1002/ajhb.20891.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C. (2006). *Understanding motor development: Infants, children, adolescents and adults*. 6. ed. Boston: McGraw Hill.
- Gonçalves, A. P., Silva, B., Menezes, M. & Tonial, L. (2017). Transtornos do espectro do autismo e psicanálise: revisitando a literatura. *Tempo Psicanalítico*, 49(2), 152-181. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000200008
- Guerra, V. (2009). Indicadores de intersubjetividade (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebe. In: S. Mara (Comp.), *Primera infancia: la etapa educativa de mayor relevancia* (pp. 87-125). Montevideo, Uruguay: Ministério de Educación y Cultura.
- _____. (2015). *Crianças com suspeitas de autismo: transtornos de estruturação arcaica*. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre.
- _____. (2016). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: os transtornos de subjetivação arcaica. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 23(1): 137-158.
- Jerusalinsky, A. (2003). *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. 5. ed. Porto Alegre: Artes e ofícios.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança: brincar gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador: Ágalma.
- _____. (2018a). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à Lei nº 13.438/17, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *Estilos Da Clinica*, 23(1), 83-99. doi:10.11606/issn.1981-1624.v23i1p83-99

- _____. (2018b). Até quando esperar? Da “conduta expectante” ao fechamento do diagnóstico de autismo. In D. Brito, W. Marluce, & L. Gille, (Orgs). *É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística*. (pp. 15-34, 90-108). Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. & Melo, M. S. (orgs.). (2020). Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Ágalma.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68.
doi:10.1590/S1415-47142010000100003
- Kupfer, M. C. M., Pesaro, M. E. & Degenszajn, R. D. (2007). O desenvolvimento psíquico da criança: a abordagem da psicanálise. In A. M. de U. Escobar, S. J F E Grisi, & M. H. Valente. (Org.). *A promoção da saúde na infância*. (p. 10-20). São Paulo: Editora Manole.
- Lavelli, M. & Fogel, A. (2005). Developmental changes in the relationship between the infant’s attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. *Dev Psychol*, 41(1), 265-80. doi:10.1037/0012-1649.41.1.265.
- Laznik, M. C (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística. In D. B. Wanderley (Org.). *Palavras em torno do berço* (pp. 35-51). Salvador, BA: Ágalma.
- _____. (2004). *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.

- _____. (2013). *A hora e a vez do bebê*. São Paulo: Instituto Langage.
- _____. (2015). La prise en charge précocissime des bébés. *Annales du IVème Séminaire International Transdisciplinaire sur le bébé: évolution, pratiques cliniques et recherche*. Paris, France. São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Liebermann, D., Giesbrecht, G. F., & Müller, U. (2007). Cognitive and emotional aspects of self-regulation in preschoolers. *Cognitive Development, 22*(4), 511-529. doi:10.1016/j.cogdev.2007.08.005
- Macedo, C. R. M. (2010). A função continente e o uso da contratransferência como instrumentos na psicoterapia de grupo com pacientes com severas perturbações no desenvolvimento do psiquismo. *Vínculo, 7*(2), 16-23. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902010000200005
- Melo, M. S., Moraes, D. B., Jerusalinsky, J. (2020). O autismo e o lugar dos pais na intervenção clínica com a primeira infância: ressignificações da história. In J. Jerusalinsky, & M. S. de Melo. (2020). Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. Salvador: Ágalma.
- Muratori, F. & Maestro, S. (2007). Autism as a Downstream Effect of Primary Difficulties in Intersubjectivity Interacting With Abnormal Development of Brain Connectivity. *International Journal for Dialogical Science 2*(1), 93-118.
- Muratori, F. & Narzisi, A. (2014). Exploratory study describing 6 month outcomes for young children with autism who receive treatment as usual in Italy. *Neuropsychiatr Dis Treat., 10*, 577–586. doi:10.2147/NDT.S58308
- Oliveira, L. T., Donelli, T. S. & Reuse, B. (2019). Psicoterapia Pais-Bebê: Uma Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(1), 109-123, doi:10.20435/pssa.v11i1.592

- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H. & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicol. Estud.*, 14(3), 439-445. doi:10.1590/S1413-73722009000300004.
- Pinto, E. B. (2000). Psicoterapia breve mãe-bebê. In C. M. Rohenkohl (Org.). *A clínica com o bebê* (pp. 125-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pollak-Cornillot, M. (2013) Thérapie brève et utilisation psychanalytique d'enregistrements video. In C. Auzieu-Premmereur, M. Pollak-Cornillot. *Les pratiques psychanalytique auprès des bébés*. (pp. 237-271). Paris: Dunod.
- Ramires, V. R. R., Carvalho, C., Schmidt, F. M. D., Fiorini, G. P., & Goodman, G. (2015). Interaction Structures in the Psychodynamic Therapy of a Boy Diagnosed with Asperger's Disorder: A Single-Case Study. *Psychotherapy: Psychopathology*, 18(2). doi: 10.4081/ripppo.2015.195.
- Ramires, V. R. R. & Schneider, C. (2016). Psicoterapia de Crianças: Desenvolvimento da Versão em Português do Child Psychotherapy Q-Set. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3). doi:10.1590/0102-3772e323218
- Serra, S. C. (2010). Autismo: uma abordagem psicoterápica. *Cadernos de Psicanálise*, 32(23), 181-192.
- Serralta, F.B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44-55. doi:10.1590/S0101-81082007000100011
- Trevarthen, C. (1998) The Concept and Foundations of Infant Intersubjectivity. In S. Braten (ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. (pp. 15-46) University Press, Cambridge.

Walton, G. E., Bower, N. J. A. & Bower, T. G. R. (1992). Recognition of familiar faces by newborns. *Infant Behavior & Development*, 15(2), 265-269. doi:10.1616/0163-6383(92)80027-R

Apêndice A - IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento

Infantil

Idade em Meses	Indicadores	Eixos
0 a 4 incompletos:	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer	SS/ED
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)	SS
	3. A criança reage ao manhês.	ED
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação	PA
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe	SS/PA
4 a 8 incompletos	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	ED/PA
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	ED
	8. A criança solicita a mãe faz um intervalo para aguardar a resposta	ED/PA
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe a pequenas frases.	SS/PA
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela	ED
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe	ED/PA
	12. A mãe dá o suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço	SS/ED/PA
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	ED/FP
8 a 12 incompletos	14. A mãe percebe alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos/ brincadeiras amorosas com a mãe	ED
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa	ED
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular	SS/PA
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela	FP
	19. A criança possui objetos prediletos	ED

	20. A criança faz gracinhas.	ED
	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	ED
	22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada	ED
	<hr/>	
	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses	ED/FP
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas	ED/FP
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno	ED/FP
12 a 18 meses	26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.	FP
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe	SS/FP
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai	FP
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos	FP
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança	FP
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios	FP
	<hr/>	

Apêndice B - Ficha de Contato Inicial

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: __/__/__

Nome do pai: _____

Data de nascimento: __/__/__

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Está trabalhando no momento? () sim () não

Carga horária de trabalho: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Possui algum diagnóstico clínico? Qual? _____

Faz uso de alguma medicação? Qual? _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: __/__/__

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Está trabalhando no momento? () sim () não

Carga horária de trabalho: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Possui algum diagnóstico clínico? Qual? _____

Faz uso de alguma medicação? Qual? _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Apêndice C - Entrevista Acerca das Impressões do Processo de PPPb

(Entrevista realizada com os pais aos 3, 6 e 9 meses de tratamento)

1. Como vocês estão percebendo o processo de Psicoterapia? Tem auxiliado vocês?
Em que aspectos?
2. Como vocês percebem o desenvolvimento do seu bebê nos últimos meses? A que vocês atribuem estas mudanças?
3. Vocês acreditam que houve alguma mudança no comportamento de vocês, enquanto pais, ao longo do processo de psicoterapia? Relate que mudanças foram essas e a que atribuem essas mudanças.
4. Há momentos de desconforto na psicoterapia? Relate quais.
5. Como vocês percebem as intervenções da psicoterapeuta nas sessões?
6. Quais intervenções da psicoterapeuta lhes parecem mais produtivas? Por quê?

Apêndice D - Entrevista Acerca das Impressões do Processo de PPPb

(Entrevista realizada com a psicoterapeuta aos 3, 6 e 9 meses de tratamento)

1. Como você está percebendo o processo de PPPb da tríade?
2. Como você percebe o desenvolvimento do bebê neste período? Houve mudança?
A que você atribui estas mudanças?
3. Você acredita que houve alguma mudança no comportamento dos pais ao longo do processo de psicoterapia? Relate que mudanças foram essas e a que você atribui essas mudanças.
4. Como você percebe as intervenções terapêuticas nas sessões?
5. Quais intervenções terapêuticas lhe parece mais produtiva com a tríade? Por quê?
6. Há momentos de desconforto na psicoterapia? Relate quais.
7. Houve mudança na sua conduta terapêutica ao longo do processo de psicoterapia? Que mudanças foram essas? A que você atribui essas mudanças?

Apêndice E - Carta de Anuência

Eu, **Janete Cristiane Petry**, Coordenadora do **Espaço Dom Quixote – Clínica Transdisciplinar de Infância e Adolescência**, localizada na Rua São Caetano, 1041 – Centro de São Leopoldo, autorizo a realização da pesquisa **“PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA PAIS-BEBÊ COM RISCO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ESTUDO EXPLORATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE PROCESSO”** pela pesquisadora **Fabiola Scherer Cortezia**, dentro de nossa instituição. A pesquisa tem como objetivo compreender como se caracteriza o processo psicoterápico, focando nas intervenções terapêuticas, numa Psicoterapia Psicanalítica Pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil. Os pais e o bebê selecionados para pesquisa serão encaminhados por pediatra e serão recebidos na instituição para coleta de dados, através de entrevista a aplicação do instrumento IRDI e, em seguida, início do processo de psicoterapia psicanalítica pais-bebê a ser realizado por uma das psicólogas da instituição (mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mesma). A instituição, a psicóloga, pesquisadora e a família não receberão nenhum tipo de contrapartida financeira na pesquisa realizada. Todas as sessões serão filmadas e posteriormente transcritas e analisadas. A pesquisa terá duração de 6 meses e iniciará no primeiro semestre de 2020.

JANETE CRISTIANE PETRY

COORDENADORA DO ESPAÇO DOM QUIXOTE

São Leopoldo, janeiro de 2020.

Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Para a Psicóloga)

Eu, Fabíola Scherer Cortezia, psicóloga, mestranda em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, estou realizando uma pesquisa que faz parte da Dissertação do meu Mestrado, intitulada **PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA PAIS-BEBÊ COM RISCO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ESTUDO EXPLORATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE PROCESSO**. A pesquisa tem como objetivo compreender como se caracteriza o processo psicoterápico, focando nas intervenções terapêuticas, numa Psicoterapia Psicanalítica Pais-bebê com risco no desenvolvimento infantil. Para tanto, gostaria de acompanhar o processo psicoterápico de um bebê e seus pais realizado pela psicóloga que assina o consentimento. A psicoterapia terá duração de 6 meses e as consultas serão semanais, com duração de 50 minutos. Todas as sessões serão gravadas em vídeo para transcrição e análise posterior. A psicóloga responderá uma entrevista aos 3 e aos 6 meses de tratamento, visando buscar informações acerca do processo psicoterápico e das intervenções terapêuticas.

Pelo presente consentimento, a psicóloga, psicoterapeuta da pesquisa, declara que foi informada, de maneira clara e detalhada, dos objetivos e justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tem o conhecimento de que receberá respostas a qualquer dúvida ao longo da pesquisa e terá total liberdade para retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízos pessoais ou profissionais. Entende que as informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e que não será identificadas.

A psicóloga – psicoterapeuta concorda em participar do presente estudo, bem como autoriza para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de imagens,

anotações e gravações realizadas com a mesma durante as sessões de psicoterapia do caso pesquisado. Entende que o material desta pesquisa será mantido em sigilo.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição.

Data: __/__/__

Psicóloga Participante da Pesquisa

Profissional Responsável pela Pesquisa

Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Para pais)

Eu, Fabíola Scherer Cortezia, psicóloga, mestranda em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, estou realizando uma pesquisa que faz parte da Dissertação de Mestrado, intitulada **PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA PAIS-BEBÊ COM RISCO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ESTUDO EXPLORATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE PROCESSO**. A pesquisa tem como objetivo acompanhar uma psicoterapia de pais-bebê, observando as intervenções da terapeuta no caso de um bebê com Risco no Desenvolvimento Infantil. Para tanto, acompanharei a psicoterapia pais-bebê, com o consentimento dos pais que assinam este consentimento. A psicoterapia terá duração de 6 meses e as consultas serão semanais, com duração de 50 minutos. Todas as sessões serão gravadas em vídeo. Os pais responderão uma entrevista aos 3 e aos 6 meses de tratamento, para coletar informações sobre o tratamento e as intervenções da terapeuta. As informações coletadas nas entrevistas iniciais que foram realizadas anteriormente ao início da psicoterapia também poderão ser utilizadas para a pesquisa.

Os pais declaram que foram informados, de maneira clara e detalhada, dos objetivos e justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Eles têm o conhecimento de que receberão respostas a qualquer dúvida ao longo da pesquisa e terão total liberdade para retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízos para a família ou interfira na continuidade da psicoterapia. Entendem que as informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e que não serão identificados. Também entendem que, por se tratar de uma pesquisa em psicoterapia, o tratamento não terá nenhum custo para a família, tendo que arcar apenas

com o transporte até a instituição e podendo contar com o benefício do tratamento durante seis meses por uma psicoterapeuta especialista em transtornos do desenvolvimento. No entanto, também fica claro que, após seis meses de tratamento, caso seja necessário seguir a psicoterapia, a família será encaminhada para outra modalidade de tratamento dentro da instituição (que também não tem custo) ou para um serviço fora da instituição, podendo haver troca de psicoterapeuta.

Os pais concordam em participar do presente estudo, bem como autorizam para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de imagens, anotações e gravações realizadas durante as sessões de psicoterapia. Entendem que o material desta pesquisa será mantido em sigilo.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição.

Data: __/__/__

Mãe Participante da Pesquisa

Pai Participante da Pesquisa