Psicanálise com bebês: é possível uma intervenção precoce?

Mariane Valentim da Silva¹
Ana Paula Gramacho²

Resumo: Este artigo é resultado de uma pesquisa bibliográfica e tem o intuito de explanar sobre a clínica psicanalítica com bebês. A partir de dados sobre como se dá a constituição psíquica segundo Freud e mostrando as contribuições de psicanalistas como Winnicott, Melanie Klein, Françoise Dolto, Marie Christine Laznik, Lydia Coriat e Alfredo Jerusalinsky, percorremos também pela função materna, o histórico da estimulação precoce como uma nova especialidade e, por fim, pensamos uma articulação sobre a função do psicanalista na leitura de bebês como intervenção precoce.

Palavras-chaves: Bebês. Estimulação precoce. Intervenção precoce. Psicanálise.

Introdução

Há mais de 30 anos, a clínica com bebês vem sendo difundida como intervenção precoce e, perante esse trabalho, confirma-se que nenhuma outra etapa da vida tem tanta permeabilidade às inscrições simbólicas quanto a fase infantil. Então, quando se intervém em um bebê, se está intervindo nas primeiras marcas simbólicas.

Freud, desde seus primeiros inscitos sobre o *Projeto para uma psicologia científica*, traz que a constituição psíquica se inicia a partir das experiências

---

¹ Psicóloga, Psicoterapeuta Corporal – Instituto Hollon; Pós-graduanda em Psicanálise e suas intervenções nas patologias atuais – UNESC.

² Psicóloga, Psicanalista – Núcleo de estudos psicanalítico de Criciúma e APPOA.

primárias do bebê, experiências essas vindas da relação com o outro, em especial com a mãe, ou com quem faz a função materna.

Winnicott foi o precursor desse olhar preventivo diante da saúde mental do sujeito, pois considerava que os conflitos emocionais se iniciavam nas primeiras fases do desenvolvimento, principalmente na relação mãe-bebê. Por isso, para melhor compreensão do trabalho psicanalítico com bebês, passaremos por uma breve explanação sobre a constituição psíquica do sujeito, sobre o circuito pulsional e a função materna, porque, compreendendo como acontece e o que se espera de cada fase do desenvolvimento, é possível observar quando está se encaminhando de uma forma natural e quando algo não vai bem.

Frente a essas considerações e sabendo que os primeiros anos de vida do sujeito, chamados por alguns de anos de ouro, são de extrema importância para a sua constituição psíquica, intervir nesse momento seria crucial, por esse motivo surge o questionamento: é possível fazer um trabalho psicanalítico precoce? Assim, o presente trabalho se propõe a explicar sobre como se dá a constituição psíquica do sujeito, como se iniciou esse novo campo de trabalho e quais as funções cabíveis ao psicanalista dentro de um *setting* terapêutico com um bebê.

Constituição psíquica

Desde o princípio, a constituição do Eu do sujeito se passa pelo imaginário e pelo discurso dos pais, o que Freud denomina como narcisismo primário. Antes do nascimento biológico, o bebê já nasceu no imaginário dos pais, ali se planeja e deposita uma esperança de futuro melhor do que o deles, idealiza-se um filho perfeito.

Ela deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a mãe. No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente açoitada pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança. O amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora. (Freud 1916/2010, pp. 25-26)

Freud entende que a constituição psíquica do bebê se inicia a partir de suas primeiras experiências, experiência de satisfação e de dor, advindas de uma série de investimentos vindos do mundo externo. “Ele estabelece o desamparo infantil e a busca de satisfação como elementos constituintes da subjetividade” (Zavaroni, Viana & Celes, 2007, p. 67).

No entanto, tudo isso só acontece perante uma relação com o Outro. Esse Outro, segundo Roudinesco e Plon (1998), designa um lugar simbólico, o significante, que determina o sujeito e que irá dar um lugar de existência para o bebê. Esse Outro, geralmente, é a mãe ou quem faz a função materna, é ele quem vai interpretar e dar nome as demandas do bebê.

Diante dos estímulos endógenos do bebê é preciso um Outro encarnado que atribua intenção de comunicação ao seu grito e, por meio de uma interpretação, produza uma ação específica capaz de satisfazê-lo. Se há interpretação é porque já há linguagem ali. Mas é evidente que a linguagem não se inscreve por si. Não basta colocar um bebê na frente do rádio ou da televisão. Para que o gozo do bebê se atrele ao Outro, como instância da linguagem, é preciso um endereçamento, é preciso um Outro que, ao tomar o bebê desde um desejo não anônimo e a partir do saber simbólico que a linguagem lhe permitiu constituir, opere corte e costura do funcionamento corporal do bebê, levando em conta o que o afeta e fazendo borda a seu gozo. (Jerusalinsky, 2009, p. 68)

Laznik (2004), a partir de Lacan, diz que o sujeito só chega à dimensão do Outro por intermédio da pulsão, de um circuito pulsional. A autora também menciona como Freud descreve esse circuito dividindo-o em três tempos: o primeiro tempo seria chamado de ativo, no qual o bebê vai em busca do objeto oral para dele se apoderar, objeto esse podendo ser o seio materno ou a mamadeira; o segundo tempo é quando o bebê tem a capacidade autoerótica, quando é capaz de buscar o prazer no próprio corpo, por exemplo, chupando sua mão, colocando pezinho na boca ou até mesmo chupando uma chupeta.

A criança não se serve de um objeto externo para sugar, mas prefere uma parte de sua própria pele, porque isso lhe é mais cômodo, porque a torna independente do mundo externo, que ela ainda não consegue dominar, e porquê desse modo ela se proporciona como que uma zona erógena, se bem que de nível inferior. (Freud, 1905/2002, p. 59)

O terceiro tempo, por sua vez, é o remate do circuito pulsional, chamado também de satisfação pulsional, em que o bebê se submete a um outro que se torna então o sujeito da pulsão do bebê.

No terceiro tempo do circuito pulsional, o sujeito retorna ao outro e se faz ser objeto dele. Nasce aqui a possibilidade de sujeito, alguém que, tendo percorrido a primeira instância de se apoderar de algo fora de si e ter encontrado nesse fora de si algo que lhe significou, busca uma forma de marcar em sua carne esse outro, a tal ponto que pode, nesse terceiro tempo, devolver ao outro o seu próprio tesouro. (Brenner, 2011, p. 79)

Portanto, entende-se que a constituição psíquica do sujeito depende desde o princípio do outro, do imaginário dos pais, da aposta destes, da disponibilidade afetiva e do investimento principalmente por parte de quem faz a função materna.

A função materna

Donald W. Winnicott, pediatra e psicanalista, focou seus estudos na relação mãe-bebê, pois acreditava que as perturbações emocionais do sujeito tinham suas origens nas primeiras etapas do desenvolvimento infantil, e que o ambiente proporcionado pela mãe à criança, desde seu ventre, é essencial para a sua constituição psíquica.

Do meu ponto de vista, a saúde mental do indivíduo está sendo constituída desde o início pela mãe, que oferece o que chamei de ambiente facilitador, isto é, um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se de acordo com o padrão hereditário do indivíduo. A mãe está assentando, sem que saiba, as bases da saúde mental do indivíduo (Winnicott, 2012, p. 20).

Atualmente, é sabido que o bebê intraútero é sensível a tudo que acontece com a mãe, conforme relata Azevedo e Moreira (2012):

Contrariando as crenças até então aceitas, o feto não é um ser passivo que se desenvolve em absoluto isolamento e silêncio, mas sim que ele interage com o meio intra e extrauterino através de seus movimentos, reagindo a sons provindos do corpo da mãe e do meio externo (p. 65).

Boadella (1992), compartilha da mesma teoria, compreendendo que a relação mãe-bebê se constitui já na gestação, e a mãe começa a exercer um papel importantíssimo na psiquê do bebê. O autor relata que estando o bebê no útero, com seu corpo ligado ao da mãe como se fosse um de seus órgãos, há uma troca entre ambos sendo um só onde são transmitidas todas as sensações vivenciadas por ela. Dessa forma, se a mãe estiver bem consigo mesma ou com sensações de tensão e desconforto, essas serão comunicadas ao bebê, podendo se sentir acolhido ou até mesmo rejeitado. Assim, “ podemos concluir que o feto é sensível não só aos distúrbios de sua existência, como a pressões mecânicas, sons agudos e vibrações intensas, mas também sofre se a mãe está doente, exausta ou intoxicada” (Boadella, 1992, p. 39).

Silva (2016) ressalta ainda que a mãe desenvolverá uma comunicação pautada em experiências não verbais, oferecendo-se como o primeiro ambiente para que o bebê se desenvolva emocionalmente.

Theisen (2014) complementa que a mãe, ou quem exerce a função materna, não tem somente como objetivo fazer com que o bebê sobreviva, além de nutrirlo, esta/este está encarregado de dar significação a todas as necessidades do bebê e o inscrevê-lo como sujeito. A função materna sustenta para a criança uma imagem que serve para ela como referência para se constituir subjetivamente.

O bebê começa a existir bem antes de ser concebido como significante, na linguagem, quando é falado. Por exemplo: no desejo dos pais em terem um filho, na escolha do nome, etc. O seu corpo (da ordem do Real) é o receptáculo do discurso dos pais, é o lugar de inscrição. A sua expressão corporal encontra-se assujeitada ao Outro a quem o gesto é dado a ver, assujeitada a seu olhar, assim como a palavra ao ouvido do auditor, e engajada no mesmo semblante e na mesma busca de ser compreendido, notado, amado. (Ramalho, 1989, p. 68)

Assim, vemos a importância do olhar e da escuta da história do bebê desde a concepção, de observar os desejos e as fantasias dos pais, a qualidade do contato, pois essas serão as primeiras marcas mnêmicas gravadas em seu inconsciente, e que acontecem muito antes de serem inscritos na linguagem, o que marcará sua imagem inconsciente do corpo.

História da clínica de bebês e intervenção precoce

Segundo Coriat (1997), durante muitos anos a clínica com bebês se manteve exclusivamente nos domínios da medicina. Como especialidade ela é relativamente recente, pois era necessário um amadurecimento do estudo para conseguir diferenciá-la da clínica pediátrica e conseguir estabelecer, ao nível neurológico e psicológico, o que é “normal”, o que se espera de um bebê para, então, perceber o que é “anormal”.

Anteriormente, considerava-se estimulação precoce quando se tinha como pacientes crianças a partir dos 3/4 anos. Porém, a pediatra Dra. Lydia Coriat, que trabalhava no campo da deficiência intelectual, com crianças com síndrome de Down, começou a perceber que era importante começar o tratamento ainda na lactância, pois quando os pacientes na idade de 3 anos chegavam a ela, as famílias já estavam desesperançosas. Assim iniciou a trajetória da intervenção precoce psicanalítica, Dra. Coriat desenvolveu uma técnica própria, mas para isso buscou conhecimentos de outras áreas e estabeleceu um trabalho interdisciplinar.

O grande segredo do Centro Dra. Lydia Coriat é tratar as crianças Down como se fossem crianças normais. O mais importante é isso. Trata-se de que vocês se relacionem e atuem com o seu bebê do mesmo modo como fariam se não fosse Down. Um bebê Down simplesmente precisa do mesmo que um bebê normal. (Coriat, 1997, p. 21)

Na década de 60, o Hospital de Niños de Buenos Aires foi o primeiro lugar no mundo a criar e colocar em prática a estimulação precoce. Sendo assim, quando o médico pediatra identificava uma patologia que não estava ao alcance dele, ele o encaminhava ao tratamento de estimulação precoce.

Segundo Jerusalinsky (2018), dentro da clínica de bebês, o primeiro fator considerado para perceber que há uma dificuldade na constituição psíquica é uma não instauração de uma produção que deveria ter ocorrido, sem patologizar de imediato. Ou seja, é quando se tem a percepção de que algo não vai bem e que o bebê precisa de ajuda, sendo essa atitude fundamental para favorecer a saúde e não a doença.

Teperman (2005) cita que, nos textos de Coriat e Jerusalinsky (1987), os autores indicam uma intervenção precoce quando a espontaneidade da relação mãe-bebê é cortada pelo acidente patológico. Atualmente, são encaminhados para o serviço de intervenção precoce bebês/crianças que apresentam sintomas como: recusa ou evitação do olhar, pouca exploração do mundo externo, apatia, choro excessivo, recusa alimentar, infecções de repetições, diarreias e constipações, problemas de pele ou de sono. Esses são sintomas que os bebês apresentam como forma de se comunicar.

Dessa forma, inicia-se uma possibilidade de olhar para o bebê na sua individualidade, e abrindo a oportunidade de tratar algo que não vai bem antes que se torne uma patologia instaurada.

Trabalho psicanalítico na intervenção precoce

Diante desse contexto atual, no qual se considera a importância do olhar no desenvolvimento infantil mais precoce, surge a possibilidade de uma intervenção em especial nas crianças que já apresentam um sofrimento psíquico, ou naquelas que têm um potencial risco de ter seu desenvolvimento afetado.

O que está em jogo na urgência de se intervir o quanto antes, uma vez detectada a presença de entraves para a constituição psíquica, diz respeito à possibilidade de novos arranjos se darem, graças à maior plasticidade e maleabilidade próprias de um aparelho psíquico em formação, de forma a impedir um dano cognitivo decorrente do não estabelecimento do laço com o Outro. (Rosi & Lucero, 2018, p. 84)

Costa (2010) cita que Winnicott propôs uma nova abordagem aos pacientes que, na primeira infância, tiveram um ambiente não favorável à adaptação das suas necessidades. Ele propõe que, nesses casos, o psicanalista faça uma função parecida com a da mãe, de ser continente para as necessidades do bebê:

O analista deverá permitir o estabelecimento de uma relação íntima e compartilhada entre dois psiquismos, dependendo do nível de estruturação psíquica do sujeito. No atendimento psicanalítico com crianças, Winnicott não se preocupava com a demanda de análise, estabelecimento de um diagnóstico, nem mesmo com a interpretação. Ele buscava estabelecer uma comunicação com a criança, um encontro “espontâneo”. (Costa, p. 56)

Nesse sentido se faz necessário lembrar uma fala de Elsa Coriat (1997), psicanalista que trabalha com a intervenção precoce em crianças afetadas pela síndrome de Down, quando enfatizava a importância de os pais enxergarem o potencial de seus filhos, de não se conformarem e nem os rotularem de “coitadinhos” e tentarem evitar qualquer sofrimento. Coriat (1997) relata que a coisa mais valiosa dentro do tratamento é possibilitar um lugar vazio:

Ao deixar este lugar vazio, sem pretender preenchê-lo com o conhecimento dos preconceitos (populares ou “científicos”) acerca de como deve ser um Down, deixava-se esse lugar para que esse espaço fosse preenchido de acordo aos desejos dos pais, produzindo uma criança única no mundo (p. 29).

É nesse espaço que acontece essa viagem única, um trabalho que funda um corpo humano como sujeito, com suas individualidades, sendo ele com deficiências físicas já estruturadas ou não. Nesse espaço, o profissional se abstém de todas as informações que já conhece para perguntar àquele bebê o que ele quer, e estimula a mãe a procurar encontrar essa resposta no bebê.

De acordo com Costa (2010), Melanie Klein foi quem fundou a técnica da análise de crianças por meio de brincadeiras. Segundo Klein, o brincar foi considerado uma expressão simbólica da fantasia inconsciente, e a prática psicanalítica com crianças tem os mesmos pressupostos teóricos que uma análise de um adulto: o inconsciente, a transferência e a pulsão.

Dolto (1988), que foi uma das pioneiras do trabalho com bebês, pontua que a diferença se dá quando a criança não é capaz de fazer a livre associação como o adulto, e por isso a autora se ancora no método lúdico: desenhos espontâneos, brinquedos e conversação. Isso provoca discursos variados nessa criança, daí a importância de sempre deixar que ela se expresse.

O material que serve para a psicoterapia varia muito dependendo do psicoterapeuta — fantoches, cubos, miniaturas de objetos do cotidiano, modelagem, pintura, lápis de cor —, tendo como único objetivo liberar a verbalização dos afetos, permitir a expressão dos conflitos e das tensões da criança. (Dolto & Nasio, 2008 p. 79)

Dolto (1999) traz ainda a necessidade da linguagem no atendimento com crianças, diz que, quando o paciente é ainda muito pequeno, é preciso falar com ele, mesmo que esse ainda não tenha adquirido a linguagem verbal. É necessário contar à criança a verdade sobre sua história, mesmo que seja difícil tanto para a família quanto para ela, pois, muitas vezes, a origem do sintoma está no não-dito.

. . . É preciso falar ao bebê do drama no qual ele foi gestado. E a partir do momento em que se diz a uma criança, com palavras, o que perturbou a relação entre sua mãe e ela, ou entre ela e ela mesma, prevenimos um agravamento de seu estado de sofrimento e às vezes evitamos sua entrada nesse estado. É como desfazer um feitiço, a atividade que está relacionada com ele e que impede as pulsões de vida de serem mais fortes que as pulsões de morte no indivíduo. (Dolto como citado em Teperman, 2005, p. 40)

De acordo com Costa (2010), quando Dolto atendia bebês, escutava a mãe contar a história de vida do bebê na presença deste e se dirigia a ele a cada fala significativa da mãe, fazendo uma ligação entre seus sintomas e o que vai sendo contado por ela. E, dessa forma, estabelecia uma ligação com o bebê, reconhecendo-o como sujeito.

Nesse mesmo sentido, Myriam Szejer, conforme citado por Teperman (2005), diz que o papel do psicanalista é dirigir-se ao paciente, que é o bebê, e nomear, colocar palavras onde há um “buraco de linguagem”.

Dolto não interpretava realmente os desenhos, mas tentava fazê-los ganhar vida, sem orientar nem reagir. Pedia à criança que falasse deles e lhe fazia perguntas: “Onde você estaria, se estivesse no desenho?” Tratava-se, então, para ela, de fazer a criança falar na análise, dando mais prioridade ao trabalho associativo. A criança podia dizer tudo, mas não fazer tudo: “Você vai dizer em palavras, nos desenhos ou na modelagem tudo o que pensar ou sentir enquanto estiver aqui, mesmo as coisas que, com outras pessoas, você sabe ou acha que não convém dizer.” Durante essa conversação o analista deveria escutar, olhar, observar sem deixar escapar as expressões, lapsos e erros. (Costa, 2010, p. 73)

Portanto, o trabalho do psicanalista na intervenção precoce é fazer a leitura da criança, possibilitando um espaço para circular a convocação do outro e a resposta do bebê, verbalizar para o bebê a verdade de sua história, situando-o nela e articulando tal história com suas manifestações sintomáticas.

Conclusão

Ao levar em consideração todos os aspectos trazidos ao longo deste trabalho, concluímos que, estando o bebê em processo de desenvolvimento, nada está definido, nem do ponto de vista biológico, nem do ponto de vista psíquico. Assim, a possibilidade de intervenção se faz necessária quando algo não vai bem na estruturação desses aspectos. Para isso, contamos com a leitura dos aspectos psíquicos do bebê, mesmo ainda não estando na linguagem.

A escuta psicanalítica se estabelece de forma diferente da análise com adultos, porém, é considerada de extrema importância, já que é o momento de constituição, no qual as primeiras marcas mnêmicas/simbólicas do sujeito estão acontecendo.

Por enxergar a relevância das experiências do bebê com o mundo externo, é preciso estar atento como se dá essa constituição desde os primeiros momentos de vida. Isso torna fundamental que, ao perceber uma dificuldade do bebê de se comunicar com o mundo relacional e externo, ou a presença de sintomas corporais recorrentes, o psicanalista compreenda que algo não vai bem.

A intervenção precoce possibilita ler os primeiros indicadores de risco e trabalhar de forma preventiva, antes que se instaure uma psicopatologia. Assim, o psicanalista entra na relação para dar voz a esse pequeno paciente, buscando muitas vezes reestabelecer a relação mãe-bebê que foi perdida. O papel do psicanalista é oferecer acolhimento e um lugar seguro para a escuta do sofrimento psíquico do bebê, que se dá através de seu sintoma. É intervir para possibilitar que o bebê se apresente na relação com o outro, estabelecendo uma troca, seja de olhares, sorrisos, conversas ou choro, que devem ser acolhidos como demanda.

Psychoanalysis with babies: is early intervention possible?

Abstract: This article results are from a bibliographic research and aims to better explain about the psychoanalytic clinic with babes. From data on how the psychic constitution occurs according to Freud and presenting the contributions of psychoanalysts as Françoise Dolto, Marie Christine Laznik, Lidia Coriat and Alfredo Jerusalinsky, we also go through the maternal function, the history of early stimulation as a new specialty, and finally an articulation about the psychoanalyst's function in reading babies as early intervention.

Keywords: Babies. Early intervention. Early stimulation. Psychoanalysis.

Referências

- Azevedo, E. C., & Moreira, M. C. (2012). Psiquismo fetal: Um olhar psicanalítico. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 64-69. Retirado de <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/download/73/73>
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e clínica de bebês* (J. Jerusalinsky, Trad.). Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Costa, T. (2010) *Psicanálise com crianças* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar. Retirado de <http://cabana-on.com/Ler/wp-content/uploads/2017/08/Costa-T.-Psican%C3%A1lise-com-Crian%C3%A7as.pdf>
- Boadella, D. (1992). *Correntes da vida – uma introdução à Biossíntese* (C. S. Cruz, Trad.). São Paulo: Summus.
- Brenner, S. M. (2011) O quarto tempo do circuito pulsional. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 40, 74-88. Retirado de <http://www.apoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista40-2.pdf>
- Dolto, F. (1988). *Psicanálise e Pediatria* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara. Retirado de <https://drive.google.com/file/d/1kVua3TO3qHI0NuIIqqA-O48Zz3dMnyXy/view>
- Dolto, F., & Nasio, J-D. (2008). *A criança do espelho*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (2010). *Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. (Vol. 22, P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914-1916)
- Freud, S. (2002). Um caso de histeria; Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1901-1905)
- Jerusalinsky, J. (2009). *A criação da criança: Letra e gozo nos primórdios do psiquismo*. (Tese de doutorado em Psicologia Clínica). PUC, São Paulo. Retirado de <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/15847/1/Julieta%20Jerusalinsky.pdf>
- Jerusalinsky, J. (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 Clínica*, 23(1), 83-99. Retirado de <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/144671/147075>

Laplanche, J., & Pontalis J-B. (1992). *Dicionário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Laznik, M-C. (2004). *A voz da sereia* (3a ed.). Salvador: Ágalma.

Ramalho, R. M. (1989). Função materna na constituição do sujeito. In *Escritos Psicanalíticos, Colóquios II*. Porto Alegre: Centro de Trabalho em Psicanálise.

Rosi, F. S., & Lucero A. (2018). Intervenção precoce x estimulação precoce na clínica com bebês. *Tempo Psicanalítico*, 50(1), 174-193. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v50n1/v50n1a09.pdf>

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998) *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Silva, S. G. (2016). Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis *Psicologia Clínica*, 28(2), 29-54. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v28n2/03.pdf>

Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: Uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Theisen, A. P. (2014). *A função materna na constituição psíquica*. (Dissertação em Psicologia) UNIJUÍ, Santa Rosa. Retirado de <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2894/ANA%20PAULA%20THEISEN%20TCC%20FINAL.pdf?sequence=1>

Winnicott, D. W. (2012). *Os bebês e suas mães* (4a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Zavaroni, D. M. L., Viana, T. C., & Celes, L. A. M. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*. 12(1) 65-70. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a08v12n1>

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Mayara Lemos

Recebido em: 02/10/2019

Aceito em: 02/03/2020

Mariane Valentim da Silva
Rua dos Ficos, 460
88850-000 – Forquilha – SC – Brasil
E-mail: mariane.valentim@outlook.com