

# Em tempos de constituições: Teceduras: uma escuta psicanalítica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal<sup>1</sup>

Ethel Cukierkorn Battikha<sup>2</sup>, São Paulo

## Resumo

Este artigo está sustentado no meu trabalho na clínica ampliada extramuros, realizado na Universidade Federal de São Paulo /Escola Paulista de Medicina, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A UTIN é marcada pelo traumático, por muitos diferentes desamparos, lutos e silêncios que precisam de escuta, de reconhecimento, de nomeação. O traumático se define por seu caráter de excesso, sendo aquilo que irrompe e desorganiza, esgarça o tecido psíquico e, portanto, nos remete a pensar nas possibilidades de escuta do sofrimento nas condições de significação, de metabolização e de ligação desses excessos em um entramado simbólico.

**Palavras-chaves:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Traumatismo; Narcisismo transvazante; Sofrimento psíquico; Comunicação do diagnóstico

---

1 Trabalho apresentado na II Jornada de Psicanálise com Crianças: “Singularidades da Técnica Psicanalítica na Clínica com Crianças”, em julho de 2024. Mesa 3: “Intervenções na infância: diferentes abordagens clínicas”, organizado pelo Núcleo de Psicanálise com Crianças da Constructo Instituição Psicanalítica.

2 Psicóloga, Psicanalista com atuação clínica e hospitalar. Doutora em Ciências Aplicadas a Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Autora do livro *A comunicação do diagnóstico na UTI neonatal: médicos e pacientes: assimetrias e simetrias*.

## ***Abstract***

### ***In times of composition: Weaves: a psychoanalytic approach in the Neonatal Intensive Care Unit***

*The present paper is sustained by my work within the expanded extramural clinical practice developed in the State of São Paulo's Federal University/ State of São Paulo's School of Medical Science (Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina), in the Neonatal Intensive Care Unit (UTIN). UTIN is intertwined by the traumatic, by several different helplessness, grieving and silences that demand hearing, acknowledgement and designation. Traumatic defines itself by its characteristic based on excess, something that bursts and disorganizes, rips the psychological tissue, and therefore, makes us think on suffering's hearing possibilities on the conditions of signifying, metabolizing and linking such excesses to a symbolic framework.*

**Keywords:** Neonatal Intensive Care Unit; Trauma; Psychological suffering; Communication of diagnosis; Overflowing narcissism<sup>3</sup>

## **Excessos Prematuros**

No nascimento ordinário, geralmente se observa a mãe orgulhosa pelo seu “feito”, por esse bebê tão “lindo, saudável e perfeito”. Na gravidez, “está com o rei na barriga”. Quando alguém olha para “sua majestade e diz como ele é bonito” ou refere-se a qualquer outro atributo valorizado, a mãe comumente agradece. Esse olhar é tomado por ela como a confirmação de sua potência e competência. A mãe está sendo nutrida simbolicamente por esse bebê. Seu olhar é de admiração, o bebê é seu cetro e ela, sua majestade a mãe desse bebê (BATTIKHA et al., 2003; FREUD, 1914).

---

3 Free translation of an original concept by psychoanalyst Silvia Bleichmar.

O nascimento de um bebê porta o futuro da linhagem parental para os pais; o reconhecerem-se nesse filho sustenta suas fantasias de continuidade e imortalidade. Em seu entorno tecem, consciente e inconscientemente, uma rede de expectativas e desejos. Inúmeras são as projeções quanto ao que poderá vir a ser, com quem se parece ou parecerá na família, um lugar de pertinência e reconhecimento, de historicização. Essas construções narrativas marcam o bebê a respeito do que se espera, do que se sonha para ele, o inscrevem no familiar e, conseqüentemente, marcam sua subjetivação. Estamos no campo da humanização da cria humana, das vicissitudes da constituição do sujeito psíquico e da produção de subjetividade.

Como refere Bleichmar (2005), a relação originária com o adulto significativo o faz responsável não só pela sobrevivência do bebê, mas também pela comoção profunda que o leva a tentar evitar-lhe sofrimento: “Então, o outro preserva e, nessa preservação, inclui-se, de partida, modos simbólicos de pensar o outro”. A mãe o vê como uma alteridade e, ao mesmo tempo, como semelhante. Ao imprimir sentidos à cria, identificá-la na ordem do humano, teorizar seus movimentos, necessidades e desejos e tomá-los como dirigidos a ele, ela o reconhece como outro e ontologicamente igual, projetando formas de afeto e de representações de si mesmo. O outro faz uma aposta, propõe à criança uma identificação, a primeira, como ser humano, base para os cuidados e subjetivação da cria, que somente depois poderá ser identificada com outros atributos (BLEICHMAR, 2005; 2010).

Diante do desamparo originário do bebê, impotente em face de suas necessidades, o outro humano, pautado na assimetria adulto-criança, habitualmente a mãe, transforma o transbordamento do seu choro em mensagem; caso não fosse assim, o bebê choraria até morrer. A mãe é convocada, em seu narcisismo transvazante, a dar sustentação ao seu bebê com o seu leite, suas palavras, seu olhar, com seu corpo e psiquismo. Interpreta suas manifestações como dirigidas a ela e responde ao seu

investimento amoroso: “Você sorriu para mim, gostou do meu leite!”. Estamos no campo da significação simbólica e, portanto, não importa tratar-se de um reflexo involuntário do bebê – aliás, já não o é mais. Falhas dessa função narcisizante podem vir a produzir falhas na estruturação do psiquismo da criança.

E quanto ao nascimento de um bebê prematuro extremo: será ele um rei? Aqui a aposta ainda poderá ser sustentada. Mas e o nascimento de um bebê com doenças orgânicas graves, que poderão deixar sequelas, com malformação? Há um profundo hiato entre o bebê esperado-sonhado e este outro, que chega sem ter lugar esperado, no lugar de quem era aguardado. A que cede o orgulho, a aposta narcísica? Quais as palavras para esse bebê, quais as possibilidades para o desenvolvimento de projetos identificatórios para ele? Como inscrever esse estranhamento, esse filho na linhagem parental, dar-lhe um lugar de pertencimento e reconhecimento? (BATTIKHA, 2017; BATTIKHA et al., 2014).

O nascimento de um bebê de risco e em risco nos confronta novamente com os limites inerentes à condição humana, prematuramente somos jogados na desilusão, nos deparamos com situações extremas ligadas ao limite tênue entre a vida e a morte, ao desamparo, mobilizadoras de angústias que evocam vivências primitivas. Os pais não têm filhos para que morram ou sofram; não há nome para a perda de um filho.

Os pais são lembrados da dor, da doença e da morte onde não deveria estar, no nascimento de um bebê. Inúmeros são os excessos traumáticos dos pais diante desse acontecimento imprevisto e realizado, promovendo um fluxo intenso de excitação psíquica não metabolizável. A mãe sairá da maternidade e o bebê irá permanecer um tempo prolongado no hospital, na UTIN. O lugar de acolhimento inicialmente será uma incubadora, sendo cuidado por uma equipe de profissionais, não de familiares, mas que

ocuparão o lugar de uma parentalidade provisória (CRAMER; PALACIO ESPASA, 1993; MATHELIN, 1997; AGMAN et al., 1999; SILVA, 2000; BATTIKHA et al., 2007).

O olhar que se faz para esse bebê tantas vezes se dirige para o funcionamento do corpo, saturação, desconforto respiratório, os parâmetros, as intercorrências, as intervenções, os procedimentos, o ganho de peso; tudo se faz urgente. O corpo que precisa funcionar, superar para continuar vivo. Há o risco desse real cair e não poder ser articulado em constelações simbólicas. Esse bebê/corpo é extremamente manipulado, claro que pelo desejo de vida, mas muitas vezes não é falado, inscrito simbolicamente como pertencente a este bebê: de quem é esse corpo e quais olhares incidem sobre ele?

Como recobrir esse corpo de representações simbólicas? A questão para além desse corpo afetado ou não, marcado por uma limitação física e/ou mental, remete à constituição psíquica e, portanto, às marcas fundantes da subjetividade deste sujeito. Diferentemente da lesão, refiro-me ao lugar simbólico e aos riscos implicados para a criança tomada como um corpo a ser investigado e/ou em suspensão.

A partir de tantas perdas traumáticas, os pais serão confrontados por excessos psíquicos para poder investir novas possibilidades de ordenamento e historicização desse “outro” filho, como em um mapeamento em que o afeto vai podendo ser ligado. O traumático se define precisamente por seu caráter de excesso, e cada psiquismo tem um umbral de tolerância ao traumático. Em alguns casos, o grande problema é que o traumático não produz possibilidade de simbolização e recomposição. Com dito elemento do real, o que o psiquismo faz é buscar metabolizar, transformar esse excesso. Para tal, terá de ser ligado em uma rede associativa significativa possível.

Os pais precisam ordenar esses excessos para poder investirem seu bebê e lhe oferecer vias de simbolização e, para tanto, terão de ser sustentados pela equipe de assistência e escutados na sua singularidade. Neste sentido, faz-se de extrema importância a rede de sustentação que se cria entre os “pais da UTIN,” que compartilham angústias, expectativas, frustrações e gratificações, produzindo narrativas coletivas para a permanência na unidade. Na primeira vez que entrei na UTIN, observei que os pais levavam bichinhos, orações e colocavam na parte de cima das incubadoras, até então todas iguais, tornando-as desta forma singulares.

Eles recebem muitas informações sobre o estado do bebê, são apresentados a um universo novo, estrangeiro, de nomenclaturas, aparelhos, de índices de saturação, de possíveis intercorrências, de possíveis sequelas. Os pais são confrontados com diferentes intercorrências, uma perda de peso, uma entubação, uma queda de saturação importante, para depois enfrentarem outras questões, tal como o seu bebê que tem de superar uma dificuldade para depois superar outra e mais outra. A UTIN é um lugar de ações, de urgências, que deflagra afetos em abundância que, no entanto, são pobres em pensamento no tempo que acontecem (BATTIKHA, 2024; LABAKI, 2006).

As angústias excessivas suscitadas, sem nomeação, não podem produzir trabalho psíquico e, portanto, precisam ser faladas, significadas, ligadas psiquicamente, tecendo-se com cada fio uma manta simbólica sobre as representações desarticuladas e fraturadas. Logo, trata-se da recomposição subjetiva dos pais e conseqüentemente subjetivante para o seu bebê. Faz-se fundamental atentar para o sofrimento psíquico dos pais e sua implicação na constituição do vínculo com seu filho.

Na minha escuta da angústia e do sofrimento das mães confrontadas com o nascimento de um bebê de risco e em risco, identifiquei que há um silêncio

que já se faz marcante no parto, pairando uma falta de palavras após o nascimento deste bebê. Quando nasce um bebê, sua mãe fala muito com ele, e muitas vezes as observei silenciosas diante de seu filho na incubadora na UTIN. Estes e outros silêncios levaram-me a dedicar minha dissertação de mestrado à escuta dessas mães no que diz respeito às “representações maternas acerca do nascimento de um bebê com doenças orgânicas graves”.

“Conte-me sobre seu filho”: com essa questão desencadeante elegi iniciar cada uma das entrevistas. Várias mães mostraram-se surpreendidas com essa proposição, parecendo indicar o quanto lhes causava estranheza falar acerca desse bebê, para além do fato já sabido de seu problema. Parecendo, assim, anunciar uma equivalência bebê diagnóstico e que, portanto, não teriam mais nada a dizer para além do “fato”, do “problema” dele; como se o real desse corpo marcado impedisse e cortasse qualquer possibilidade de simbolização a seu respeito.

Nesse sentido, os anúncios de futuro que representa o nascimento de um bebê e as possibilidades de realizações projetadas para ele podem ficar, assim, circunscritas: é lesionado, malformado etc. O diagnóstico da alteração é igualado a um destino. Trata-se, portanto, de um bebê de risco orgânico e em risco para sua constituição como sujeito psíquico. A estranheza materna em presença do que não podia ser inscrito acentuou, em algumas das entrevistadas, a tentativa de representação do bebê por sua suposta similaridade diagnóstica com outros bebês, estes reconhecidos como seus semelhantes.

Permaneci em silêncio. Apesar de ter mantido como pesquisadora e entrevistadora uma postura não interpretativa, no tempo do “só depois”, é que pude significar que meu silêncio produziu um efeito; que foi tomado pelas mães como uma possibilidade de escuta e como uma demanda para que pudessem continuar a falar, que haveria mais a ser dito, que nem tudo

estava encerrado nessa entrevista e tampouco na constituição dessa história; o futuro ainda estaria por vir. O diagnóstico não é um veredicto, embora possa ser assim significado, como um destino a ser cumprido, podendo adquirir uma dimensão oracular.

Os neonatologistas relatam que, frequentemente, após fazerem a comunicação de um diagnóstico ou prognóstico grave, a mãe pergunta quanto o bebê engordou, cresceu, sobre o cabelinho, ou quando ele vai sair de alta para casa, o que repetidas vezes é interpretado como dificuldade de compreensão formal ou como defesa, configurando inúmeros impasses entre os médicos e os pais dos bebês (BATTIKHA et al., 2011).

## O filho da coruja

Em diferentes contextos, recorri – na interlocução com psicólogos/psicanalistas, nas conversas/aulas que mantinha com os residentes de neonatologia – à fábula “A águia e a coruja”. Após apresentar a fábula, indagava o que lhes suscitava.

Águia, rainha dos ares, caçadora! Por favor, não venhas a devorar meus pimpolhos! Assim implorou um dia a coruja a Sua Majestade. Com tais respeitos, a águia concedeu: Sim! Respeitarei teus corujinhos. Basta que os mostres ou me descrevas como são. Com medo de exibir seu ninho, a coruja se explicou: São os filhotes de passarinho mais lindos e rechonchudos do mundo! E lá se foi a trabalhar e a águia a caçar. Em pouco a soberana da caça encontrou o ninho da coruja e olhou bem: Essas miniaturas de dinossauro sem penas não podem ser os filhotes da minha admiradora coruja! E foi um belo manjar para o papo! Quando a coruja voltou e não achou os seus filhos, soltou seus gritos desesperados e atraiu a águia de volta, que lhe replicou:

Tu disseste que eram teus filhos os mais lindos passarinhos do mundo! Se te explicasses melhor, na certa eu os teria poupado!  
(LA FONTAINE, 2013)

Frequentemente apareciam questões acerca do narcisismo materno, de ser o seu filho o mais lindo do mundo, as projeções que incidem sobre o bebê; a diferença do olhar do médico e o olhar dos pais; a não equivalência entre o bebê e o seu diagnóstico; a ilusão de proteção materna e a internação na UTIN; e até mesmo questões sobre quem seria simbolicamente a águia. No entanto, uma interpretação me chamou especial atenção: Se a coruja tivesse falado como eram os seus filhotes verdadeiramente, ela os teria salvado. Uma residente que entrevistei para minha pesquisa do doutorado (ofereci aos médicos residentes uma escuta, tal como fiz com as mães) ponderou acerca da escuta dos pais do diagnóstico: *“eles têm muitos sonhos, entendeu? E eles não caem na realidade... por mais que explique, por mais que fale”*. O que significaria cair na realidade?

O diagnóstico nos diz como são verdadeiramente esses bebês? Qual será o seu futuro? Há algum bebê que é visto verdadeiramente e que não é encoberto pelas projeções que incidem sobre ele? O que se salva e o que se perde nessa ficção? Que vínculo pode se constituir aí, e que sujeito pode se anunciar? Ao que ficaria reduzido esse bebê? Estaríamos diante do bebê jogado junto com a água do banho? A mãe coruja não via seus corujitos como os descreveu?

*Eu já tive um bebê muito grave... tive que falar pra mãe: “Olha mãe: o bebê tá muito grave, e a gente não sabe se ele vai sobreviver...” aí ela pergunta: “Ah! ele engordou hoje?...”*<sup>4</sup>

---

4 Baseado na minha escuta dos médicos residentes na disciplina de pediatria neonatal da Escola Paulista de Medicina, da Unifesp e nas entrevistas que realizei para a minha tese de doutorado (BATTIKHA; KOPELMAN; CARVALHO, 2011).

*...Você fala a criança está com droga para bater o coração, tá com aparelho pra respirar, tá com tudo, e o pai pergunta quando é que vai de alta ...*

Após a comunicação de um diagnóstico ou prognóstico, a mãe pode falar sobre o cabelinho e sobre o peso como um investimento no seu bebê. Podemos, sim, pensar que se trata do uso de mecanismos defensivos (uma forma de ligação e organização do excesso). A angústia e o sofrimento dos pais diante do nascimento diferente de seu filho mobilizam defesas psíquicas que, nesse momento, são necessárias, tanto para que não desmoronem como para que possam sustentar o vínculo com seu bebê.

Adentramos a questão constitutiva do narcisismo transvazante, na sua função de ligação e de oferecimento de novas possibilidades simbolizantes. Após a mãe falar da babinha no canto da boca do seu bebê ou dizer que seu olhar é de desconforto, apesar dos parâmetros estáveis, que quando seu bebê puxa os fios do cateter é porque está mostrando como é corajosa e briguenta, não se retorne com uma explicação real do funcionamento dos reflexos ou do diagnóstico. Estamos no campo da significação simbólica imprescindível para a constituição do vínculo pais-bebê e do sujeito que desse/nesse laço pode vir a se constituir.

Penso em uma mãe que construía um diário no qual anotava todas as evoluções ou involuções do quadro de seu bebê, com um rigor descritivo que a aproximava de um discurso médico. À medida que pode falar sobre seus temores a partir de uma escuta analítica, começou a construir um álbum com sua própria construção narrativa para seu filho. Contava, agora orgulhosa, que ele beliscava quando não gostava da posição em que era colocado. Vejam os desdobramentos dessa fala, a posição do corpo e do corpo sujeito psíquico, que já não aceita ser colocado na posição anterior. Não se trata mais, aos olhos dessa mãe, de um corpo descritivo e funcional, mas do seu bebê filiado, fundamental e fundante para que essa criança possa

vir a constituir seu espaço narrativo, de um corpo subjetivado, animado, pulsante.

Outra mãe me contava que demorou muito para que pudesse pegar no seu bebê e que, entubada, não podia chorar, mas que seu olhar era muito expressivo, que a avistava da incubadora. “Quando foi fazer a cirurgia do coração, quando entrou na incubadora e ela começou a andar, ela me olhou de uma forma: ‘Para onde estou indo?’ Eu entendi aquilo, tínhamos uma conexão... Uma vez eu vi que ela não estava bem, falei com o médico e ele: ‘tá bom!’ Horas depois, ela piorou... a partir daí, sempre que eu chegava, a equipe perguntava: ‘E aí como ela te olhou hoje?’” Fundamental como a mãe toma como endereçado a ela o olhar de sua filha e o significa, mantendo seu lugar como único na maternagem de sua filha. O olhar dos pais, o tocar, o acariciar, o embalar com a voz, dando contorno narcisizante para este bebê, remete ao olhar não funcional no real do corpo, mas para aquele que constrói uma narrativa para seu filho.

Os médicos são treinados para os cuidados e intervenções que se fazem necessários no atendimento ao bebê. Contudo, eles são confrontados com questões intersubjetivas que têm implicações no seu exercício profissional. Problematizo, agora, quais os recursos disponibilizados ou não na formação do médico para que possam se confrontar com as implicações da comunicação do diagnóstico. O que suscita no médico essa comunicação? Do que sofre o médico? E a comunicação terminal, da morte? O que sustenta o desejo de tornar-se um médico, e especificamente um médico neonatologista?

A atuação do neonatologista tem diversas singularidades. Na prática assistencial, ele se depara com situações extremas ligadas à morte e ao desamparo, mobilizadoras de angústias que evocam vivências primitivas inerentes à condição do sujeito humano. Ficam expostos cotidianamente à

dor psíquica dos pais, bem como às suas reações ambivalentes e paradoxais. Podem esperar reconhecimento e receber ódio e ressentimentos, ou mesmo uma total submissão. São objetos de projeções maciças, isto é, recebem uma intensa carga afetiva dos pais, que tanto podem esperar e demandar dos médicos um poder ilimitado como identificá-los com a própria impotência sentida. A UTIN é lugar de ações, de urgências, marcada pelo limite tênue entre a vida e a morte e não há tempo para metabolizar o que o ato mobiliza. Os médicos são expostos a grande quantidade de excitação psíquica (BATTIKHA, 2017; 2023).

A repetição e o tempo de experiência não são transformadores por si mesmo. O que pode ser transformador e oferecer novas possibilidades e ancoragens para essa mesma práxis é a sua reflexão. Há uma cisão entre o que é apreendido e aprendido como fazendo parte do trabalho e da atuação médica, e aquilo que sobra como não fazendo. No entanto, os efeitos psíquicos da atuação médica têm uma materialidade, uma implicação sobre quem a exerce. A forma como o campo do psíquico é ou não abordado na formação do especialista indica um modo de produção de subjetividade que é histórica, cultural e ideológica, e que perpassa o currículo do ensino.

## **Simetrias**

As angústias excessivas suscitadas e não nomeadas não podem produzir trabalho psíquico. Como nos diz Bleichmar (2010), se o sujeito não metaboliza o traumático, produzem-se modalidades de cicatrizes queloides, cicatrizes que insensibilizam ou diminuem a produtividade de uma parte da vida psíquica, podendo levar a um funcionamento rígido, empobrecido, no limite da funcionalidade.

Há dois começos, dois anúncios de futuro: o do bebê e o do médico-especialista em formação. O bebê, diante de seu desamparo originário, depende de um “outro” que nele invista, e que possa transformar seu choro em enunciados, assim como o médico-residente, diante das angústias mobilizadas ante tantas demandas – dos pais, dos docentes e daquelas que são geradas por suas próprias expectativas –, necessita, em sua formação, de um investimento que possa transformar os excessos psíquicos em enunciados e possíveis elaborações.

Conquanto os lugares ocupados pelos médicos e pelos pais dos bebês sejam marcados por uma assimetria, entre aquele que oferece assistência e os que precisam que seu filho seja objeto desse cuidado há uma simetria que se revela invariavelmente.

Aqui, novamente, as entrevistas tiveram um propósito acadêmico, no entanto, revelou ter propiciado ao residente um trabalho, mesmo que incipiente, de ligação psíquica (tal como com as mães). Situo-me, portanto, diante do traumático e das condições de ligação dos excessos em um entramado simbólico e, nas possibilidades de escuta do sofrimento psíquico, na clínica ampliada, extramuros.

A história que pode ser historicizada, para que não permaneça vagando de forma desligada, encontrando formas de ancoragens, de recomposições. Quanto antes for possível intervir onde houver sofrimento do bebê e de seu entorno, melhor será para todos os envolvidos. Em tempos de constituições e teceduras, trata-se de uma convocação ética, a partir do nosso saber psicanalítico.

## Referências

- AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. “Intervenções psicológicas em neonatologia”, in WANDERLEY, D.B. (Org.). *Agora eu era o rei* (pp.17-36). Salvador: Ágama, 1999.
- BATTIKHA, E.C.; CARVALHO, M.T.M.; KOPELMAN, B.I. *A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. (Tese de Doutorado). São Paulo: Unifesp, 2011.
- BATTIKHA, E.C.; CARVALHO, M.T.M.; KOPELMAN, B.I. “A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. *Revista Paulista de Pediatria*. São Paulo, v. 32, n. 1, 2014, pp. 11-6.
- BATTIKHA, E.C.; KOPELMAN, B.I.; FARIA, M.C.C. *As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves* (Dissertação de mestrado). São Paulo: Unifesp, 2003.
- BATTIKHA, E.C.; KOPELMAN, B.I.; FARIA, M.C.C. “As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (1), 17-24, 2007.
- BATTIKHA, E.C. *A comunicação do diagnóstico na UTI Neonatal. Médicos e Pacientes: Assimetrias e Simetrias*. São Paulo: Escuta, 2017.
- BATTIKHA, E.C. “A unidade de terapia intensiva neonatal e suas repercussões na constituição psíquica do bebê”, in BATISTA, J.S.; Guidugli, S.N. (Orgs.). *Psicologia da Saúde e Clínica: Conexões necessárias* (pp. 81-93). Curitiba: Appris, 2019.
- BATTIKHA, E.C. “Cuidados com a equipe”, in GOULART, A.L.; KOPELMAN, I.B. (Orgs.). *Prematuridade. Prevenção, diagnóstico e tratamento de suas repercussões* (pp. 70-76). São Paulo: Atheneu, 2023.
- BATTIKHA, E.C. “Prematuridade”, in TEPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (Orgs.). *Tempo* (pp. 69-82). Belo Horizonte: Autêntica, 2021.
- BATTIKHA, E.C. “Traumatismos, silêncios e inscrições simbolizantes: uma escuta psicanalítica na unidade de terapia intensiva neonatal”, in ARAÚJO, K.A.; GARCIA, R.M.

(Orgs.). *Sofrimentos contemporâneos. Desafios à psicanálise* (pp.59-77). São Paulo: Blucher, 2024.

BLEICHMAR, S. *Clínica psicanalítica e neogênese*. São Paulo: AnnaBlume, 2005.

BLEICHMAR, S. *Psicoanálisis extramuros. Puesta a prueba frente a lo traumático*. Buenos Aires: Editorial Entreideas, 2010.

CRAMER, B.; PALACIO ESPASA, F. *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê: estudos clínicos e técnicos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DRUON, C. “Ajuda ao bebê e os seus pais em terapia intensiva neonatal”, in WANDERLEY, D.B. (Orgs.). *Agora eu era o rei* (pp. 35-54). Salvador: Ágalma, 1999.

FREUD, S. (1914). “Sobre o narcisismo: uma introdução”, in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LA FONTAINE, J. *Águia e a coruja e outras fábulas de La Fontaine*. São Paulo: Escala, 2013.

LABAKI, M.E.P. Sobre a sessão única e o rosto do analista: modulações na técnica. *Percurso*, v. 19, n. 36, 2006, pp. 73-82.

MATHELIN, C. “Prática analítica em neonatologia”, in WANDERLEY, D.B. *Palavras em torno do berço* (pp 129-142). Salvador: Ágalma, 1997.

Revisão gramatical de **Bruno dos Santos Konkewicz**

Revisão técnica de **Clarissa Salle de Carvalho**

**Ethel Cukierkorn Battikha**

Rua Chilon, 256

04552-030 – São Paulo – SP

ethelcbattikha@uol.com.br

© Constructo Revista de Psicanálise