



Bebês em risco? Considerações sobre o discurso de detecção precoce no campo da saúde mental

Jaqueline Cristina Silva

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-4429-3952>

Bárbara Adele de Moraes

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-0976-5355>

Kelly Cristina Brandão da Silva

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-3512-1481>

Atualmente, temos observado um aumento no número de diagnósticos em crianças pequenas, como, por exemplo, os casos de autismo. Ansermet e Giacobino (2013) fazem uma análise em relação a isso, considerando o avanço dos sistemas de classificação utilizados pela psiquiatria como fator relevante nesse processo. A multiplicação de categorias diagnósticas, principalmente com a atual edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), tem preocupado muitos profissionais. Em relação ao autismo, destaca-se sua prevalência, pois, de acordo com o levantamento do Centers for Disease Control and Prevention (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021), nos Estados Unidos da América (EUA), uma a cada 44 crianças é diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA), categoria diagnóstica inaugurada na quinta e atual edição do DSM. Esse aumento é considerável quando comparado ao levantamento de dados sobre a prevalência de autismo em 2004, com uma a cada 144 crianças.

Nesse sentido, a última versão do DSM chama a atenção de pesquisadores por aderir a um modelo dimensional, incluindo a predição de transtornos mentais, com patologias associadas à prevenção e antecipação de riscos, como o “risco de psicose” e, ainda, detecção precoce de doenças mentais em crianças (CAPONI, 2014; RESENDE; CALAZANS, 2015).

A palavra precoce significa “que se amadureceu antes da estação própria”; “que ficou maduro antes do tempo ideal”; “prematureo”; “que se produz antes do tempo normal”; “diz-se do fruto que torna-se maduro antes do tempo habitual”; “formado antes da idade (física ou mental)” (PRECOCE, 2022). Portanto, a palavra precoce indica “antes” do tempo.

O conceito de detecção precoce pertence a uma das categorias de prevenção, baseado nos construtos da medicina, que tem como objetivo reduzir os riscos de se adquirir uma doença específica, diminuindo a probabilidade de que uma desordem ou patologia possa afetar o desenvolvimento do indivíduo. Trata-se de estimular a conscientização dos sinais precoces de problemas de saúde, buscando rastrear pessoas em risco (BRASIL, 2013).

O rastreamento de risco implica na aplicação de instrumentos universais padronizados, utilizado como estratégia para detectar agravos de etiologia biológica, de fácil identificação em processo de coleta e interpretação de fácil compreensão dos resultados, como no caso daqueles que já acontecem em triagem neonatal: teste do pezinho, orelhinha, olhinho e de cardiopatias congênitas (ARANTES; ROSI, 2020).

Diante dessa perspectiva, é possível questionar: seria possível (ou desejável) a utilização de conceitos da medicina, amparados pelo determinismo biológico, nas discussões no campo da saúde mental? Ademais, seria possível estender esse paradigma para a primeira infância? Quais os riscos, em especial para os bebês, desse discurso contemporâneo de detecção precoce?

Essas perguntas partem da experiência clínica de uma das autoras desse trabalho em uma instituição de saúde suplementar, local em que o discurso médico é predominante e permeia a clínica com bebês. A partir dos questionamentos levantados, este artigo tem como objetivo discutir o uso do termo detecção precoce no campo da saúde mental da primeira infância, sobretudo em relação aos bebês.

1 O Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) define primeira infância como o período que compreende desde a gestação até os 6 anos de idade.

Para isso, realizamos a revisão de literatura, do tipo narrativa e integrativa. O método narrativo não utiliza critérios explícitos e sistemáticos, estando sujeito à subjetividade dos autores em relação à seleção dos estudos (CORDEIRO et al., 2007; UNESP, 2015). Por outro lado, a revisão integrativa tem como característica a sistematização abrangente de resultados sobre uma temática, podendo ser utilizada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou uma análise metodológica (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). A pesquisa que fundamenta a revisão integrativa por artigos sobre a temática, bem como a análise foram realizadas a partir de pressupostos psicanalíticos, no período de janeiro de 2021 a fevereiro de 2022.

Saúde mental, psiquiatria e a infância

A psicopatologia, como campo de estudo em saúde mental, pode ser definida como o conjunto de conhecimentos em relação ao adoecimento mental do ser humano (DALGALARRONDO, 2008). Isso inclui diversos saberes que vão além da compreensão médica, pois consideram também a vertente humanística e social. Nesse ponto, podemos destacar a psicanálise, que considera a noção de psicopatologia enquanto formas singulares de subjetividade e de sofrimento psíquico (MINERBO, 2019).

A partir disso, podemos perceber o quão complexa é a discussão em torno do diagnóstico em saúde mental, principalmente quando isso se estende ao universo infantil, o que torna questionável um único modelo de classificação universal na psiquiatria, como é o caso do DSM.

Uma das críticas levantadas pela própria comunidade psiquiátrica, por meio do National Institute of Mental Health (NIMH), após a publicação do último DSM, é a incoerência científica do manual, tendo em vista que ele não possui um sistema sólido e fidedigno em sua construção, apresentando inconsistências em relação às categorias diagnósticas. Isso porque o manual apoia-se nos construtos da medicina, utilizando a semiologia, ou seja, a descrição dos sintomas de uma doença, e está centrado no determinismo biológico (CAPONI, 2014).

As críticas do NIMH à última versão do DSM não operam no sentido de refletir acerca das limitações dos sistemas classificatórios, mas sim em uma aposta na patofisiologia, perseguindo a mesma finalidade do DSM, porém por outros caminhos: tornar objetivo o diagnóstico em psiquiatria, considerando os fenômenos biológicos mais fundamentais e determinantes que os psicológicos (ZORZANELLI; DALGALARRONDO; BANZATO, 2014). De fato, os determinantes biológicos não podem ser descartados, porém questiona-se sua supremacia, enquanto linguagem universal, na psiquiatria contemporânea.

Destaca-se também que, a cada nova edição do DSM, aumentam as categorias diagnósticas em relação aos transtornos mentais, bem como outras são excluídas, o que indica a dificuldade em padronizar o sofrimento humano (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ZORZANELLI; BEZERRA; COSTA, 2014; CAPONI, 2014). Portanto, como estender ao universo infantil essa proposta, principalmente em relação aos bebês? Esses manuais não consideram que os bebês ainda se encontram em processo de constituição psíquica? Sendo assim, seria possível um diagnóstico de transtorno mental na primeira infância?

Acrescentamos que, junto ao desafio do debate acerca da saúde mental na primeira infância, há um argumento defendido por Tebet e Abramowicz (2018) no que concerne às diferenças existentes entre a criança e o bebê, não sendo possível uma tradução literal dos métodos de pesquisa e compreensão do universo de um para o outro.

Considerar o modelo de ciência positivista² como eixo central na compreensão do sofrimento psíquico já trouxe diversos impactos na história da saúde mental, que levaram anos para serem considerados e transformados. O *Alienismo*, fundado por Pinel (2007), marcou a psiquiatria no tratamento daqueles que sofriam por uma desarmonia na mente, causada pelo distúrbio no âmbito das paixões, cuja forma de tratamento se resumia ao isolamento social do sujeito, baseado na disciplina dos corpos e no tratamento moral.

Em contrapartida, é relevante salientar que Pinel (2007) deu nova direção à psiquiatria do final do século XVIII e início do século XIX, ao considerar, em seu trabalho, uma preocupação com a classificação nosográfica, a partir da observação empírica sistemática e do tratamento moral. Como destaca Pacheco (2003, p. 153-154), “Ao considerar o indivíduo alienado como doente mental, vítima de disfunções psíquicas, Pinel deu a eles o direito de serem ouvidos e conferiu à medicina a necessidade de entendê-los e tratá-los [...], diferenciando-os dos bandidos e dos criminosos comuns”.

Os princípios e estratégias baseados na disciplina dos corpos e no tratamento moral, inaugurados por Pinel (2007), viriam a influenciar diferentes países com a criação de hospitais psiquiátricos pelo mundo. Apenas em meados de 1960, com as manifestações populares e a denúncia de violência nessas instituições, a história começa a mudar, resultando na Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007; CHAGAS et al., 2021).

Nesse período, a psiquiatria atravessava uma de suas piores crises, constituída por grupos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, os quais questionavam não apenas o modelo institucionalizado de tratamento, mas principalmente o modelo científico da psiquiatria, ao considerar a experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social para a compreensão da doença mental. Assim seguiu até a ascensão da psicofarmacologia, em que a indústria farmacêutica passou a investir grandes quantias em pesquisa. A psiquiatria percebeu, então, finalmente, a oportunidade de tornar-se uma ciência legítima dentro do campo da medicina (MAZON, 2020).

Amaral (2021) contribui para esse debate ao problematizar os efeitos dos discursos neoliberal, neurocientífico e da psiquiatria biológica na produção de subjetividades desde a mais tenra infância. Tais discursos entendem os fatores sociais (a pobreza, por exemplo) apenas como risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, desconsiderando o contexto de produção de tais realidades. A autora comenta sobre pesquisas brasileiras no campo da psiquiatria organicista com o objetivo de “identificar precocemente ‘indivíduos em risco’ de desenvolver transtornos mentais” (AMARAL, 2021, p. 156). Além do diagnóstico, tecnologias terapêuticas poderiam ser criadas, inclusive para a aplicação durante o período intrauterino.

Para alguns autores, como Arantes e Rosi (2020), a utilização da noção de detecção precoce expressa a complexidade da associação entre sinais de alerta para o desenvolvimento de uma patologia e a prevenção, devido ao risco de transformá-los em sinais patológicos, antecipando uma doença. Com isso, o objetivo principal, que estaria relacionado à necessidade de cuidado, poderia facilmente se transformar em diagnóstico precoce e, conseqüentemente, em patologização da primeira infância, implicando em efeitos iatrogênicos. Assim, Caponi (2014) faz um alerta para o risco de uma pandemia de transtornos mentais, resultando em falsos positivos e tratamentos medicamentosos desnecessários.

2 A chamada ciência positivista tem por base o conceito de ciência comtiana, com uso de metodologias rigorosas baseadas na observação de dados concretos, de controle dos fenômenos naturais, a partir da ideia de determinismo universal (JAPIASSU, 1975; CHAGAS et al., 2021).

Longe de desconsiderar os programas de vigilância em relação ao desenvolvimento infantil, mas sim refletir sobre o lugar que a primeira infância está ocupando na atualidade, há de se questionar: afinal, trata-se de uma busca em tratar o sofrimento psíquico ou de evitar desvios em relação a uma norma estabelecida?

Essa discussão sempre recai sobre o normal versus patológico. Canguilhem (2009/1966) discute o equívoco do tema, pois o conceito de normal é atravessado por vários critérios, do campo da medicina e da filosofia, por exemplo, sendo que a resultante não pode ser objetiva. Normal pressupõe uma norma, ou seja, aquilo que está conforme a regra ou, ainda, o que constitui a média de uma característica populacional. No entanto, há um valor atribuído por aquele que julga e estabelece a norma.

Mais do que isso, percebe-se que a infância começa a assumir um lugar, por meio do manual DSM, de possibilidade preventiva daquilo que é considerado fora da norma, com a noção de detecção precoce.

Para Pereira (2018), a noção de transtorno mental não pode ter a mesma conotação estável que aquela aplicável em adultos, tornando-se indispensável a consideração de um desenvolvimento em curso, com quadros clínicos passíveis de evoluções diversas em razão do contexto em que se desenvolvem. Por isso, surge a necessidade imperiosa de considerar o tempo do desenvolvimento, bem como o contexto para a compreensão do sintoma da criança e do adolescente, o que difere de um modelo hegemônico como o DSM, o qual é pautado pelo determinismo biológico.

É importante apontar que existem outros manuais internacionais de transtornos mentais, além do DSM, quais sejam: a classificação chinesa de transtornos mentais; a classificação francesa de transtornos mentais em crianças e adolescentes; o glossário cubano de psiquiatria; o guia latinoamericano para diagnósticos psiquiátricos; e os sistemas de classificação psiquiátrica atualmente utilizados no Japão (PEREIRA, 2003).

Apesar da necessidade da estruturação de sistemas diagnósticos de validade global para fins de clínica, estatística e pesquisa, as especificidades regionais devem ser contempladas. Pereira (2003) adverte que o

uso de classificações universais para diferentes culturas têm levantado preocupações quanto à perda de sensibilidade desses instrumentos para as diversidades locais, sobretudo quando se leva em conta que o comportamento humano está diretamente ligado ao contexto social do indivíduo (PEREIRA, 2003, p. 186).

No contexto brasileiro, apesar da hegemonia do DSM, é importante sublinhar o lançamento, em 2018, da tradução de uma publicação francesa, a Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA). A partir do resgate da noção de psicopatologia, abandonada pelo ateorismo do DSM, a CFTMEA considera a abordagem psicodinâmica e o contexto ambiental para a compreensão dos sintomas da criança e do adolescente (LIMA, 2019).

Dividida em dois eixos, a CFTMEA organiza 10 categorias clínicas de base no eixo I, a saber: 1- Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), esquizofrenia, transtornos psicóticos da infância e adolescência; 2- Transtornos neuróticos; 3- Patologias limites; 4- Transtornos reativos; 0- variações da normalidade; 5- Deficiências mentais; 6- Transtornos do desenvolvimento e das funções instrumentais; 7- Transtornos de conduta e de comportamento; 8- Transtornos de expressão somática e 9- Manifestações e sintomas do tipo ansioso, fóbico, compulsivo, conversivo.

Assim, são divididos entre principal (1, 2, 3, 4 e 0) e complementar (5, 6, 7, 8 e 9) sendo recomendado a utilização de uma delas como categoria principal e outra complementar. No eixo II, são considerados os fatores orgânicos e as condições do meio ambiente, a depender do caso (MISÈS, 2018). Essa particularidade permite considerar a articulação entre questões orgânicas, psíquicas e culturais, contrapondo-se a uma visão orgânica reducionista.

É relevante assinalar a contribuição dessa classificação francesa, em relação à categoria 0 e à seção dedicada aos bebês (0 a 3 anos). Na categoria 0, considera-se que nem todo sintoma indica uma patologia, o que indica que nesse tempo do desenvolvimento, as fronteiras entre aquilo que possa ser considerado típico ou patológico não estão estabelecidas de forma fixa. Em relação aos bebês, suas manifestações psíquicas e zonas de vulnerabilidade requerem vigilância, sendo que os aspectos psicodinâmicos do laço pais-bebês devem ser considerados (MISÈS, 2018; LIMA, 2019).

A noção de infância e a psicanálise

O conceito de infância passa pelo lugar social e cultural que ela ocupa no decorrer da história. No contexto do mundo ocidental, a criança passou a se diferenciar do adulto apenas a partir do século XVII; até a Idade Média ela era vista como um pequeno adulto, participando de festas, jogos, trabalhos, inclusive com as mesmas roupas que vestiam os adultos (ARIÈS, 1981/1960). Além disso, a relação dos pais com as crianças não era marcada pelo vínculo afetivo que observamos em muitas famílias hoje em dia, isso porque muitas não sobreviviam, sem contar que a socialização e a alfabetização eram realizadas pela comunidade e não pela família ou a escola (COSTA, 2010).

Desde a Renascença, o lugar da criança começa a se transformar. Com a diferenciação entre espaço público e privado, a família se estabelece enquanto grupo e a infância passa a ser concebida como o tempo de preparação para o futuro. Essa perspectiva se acentua com a ascensão do capitalismo, sendo que a criança passa a ser vista como uma força de produção capaz de gerar lucros a longo prazo, resultando em investimentos do Estado, por meio da criação das escolas. A família também passa a se ocupar da criança, no que diz respeito à educação, higiene e saúde.

Desse modo, a ciência passa a se desenvolver em torno do conhecimento sobre a infância, compreendendo que este é o período em que o desenvolvimento, principalmente de caráter, está em fase inicial, passível de influências externas. É nesse contexto que a pedagogia, a psicologia e a psicanálise vão se desenvolver. A psicanálise, a partir de Freud, vai apresentar ao mundo uma nova visão de infância, saindo da lógica da disciplina e na contramão do organicismo. A criança, na perspectiva psicanalítica, é dotada de uma sexualidade perverso-polimorfa e seu corpo é pulsional.

Freud (1996a/1915, 1996b/1916) define a pulsão enquanto um conceito limítrofe entre o psíquico e o somático, representando os impulsos advindos do interior do corpo. A finalidade da pulsão se daria pela satisfação, correspondendo a um trajeto pulsional em três tempos. No primeiro momento, o bebê, de forma ativa, vai em busca do objeto oral em virtude de uma tensão interna experimentada por ele, sendo satisfeito por um outro atento que compreende as suas necessidades, e então ele alucina. Em um segundo momento, o bebê, sozinho, recorre aos traços mnêmicos da experiência de satisfação anterior junto ao objeto e alcança assim o rebaixamento da tensão, tomando como objeto uma parte do próprio corpo. A partir disso, o bebê se inscreve na capacidade autoerótica, ou seja, de satisfazer as necessidades que ultrapassam aquelas cuja finalidade é nutritiva, mas que compreende a experiência de satisfação pela presença do outro. O terceiro momento é quando o bebê faz a si mesmo objeto de satisfação do outro (LAZNIK, 1997).

Assim, podemos perceber que a psicanálise parte de um sistema intrapsíquico para o intersíquico, considerando que o sujeito não se constitui de forma independente, mas sim no enlace com o outro. Mais tarde, a psicanálise, por meio de Klein (1996/1935) e a teoria das relações objetais, Winnicott (1983/1963), com a teoria do amadurecimento, e Lacan (1995/1964), com o Outro Primordial, apresentam o papel fundamental do outro no processo de constituição psíquica do sujeito, atribuindo às funções paterna e materna não apenas os cuidados em relação à saúde física e de higiene, mas principalmente acompanhado pelo investimento afetivo, capaz de oferecer ao bebê a possibilidade de ingressar no mundo simbólico, na linguagem e na cultura (SILVA, 2019).

Os novos conhecimentos sobre o bebê mostram que ele nasce com uma “sociabilidade natural”, motivado para a comunicação humana, o que o psicólogo Trevarthen (2019) denomina de intersubjetividade, considerando a consciência receptiva inata do bebê, ou seja, uma espécie de sensibilidade aos estados subjetivos do outro. Isso culmina em uma protoconversa, caracterizada por um tipo de diálogo mãe-bebê marcado por elementos da linguagem pré-verbal. Podemos visualizar essa condição a partir do *manhês*, uma musicalidade na voz materna que desperta o interesse do bebê para a interação, promovendo a linguagem por meio dos aspectos multimodais, circunstância essa necessária para a estruturação do sujeito. Os psicanalistas contemporâneos, com publicações em torno dos saberes do bebê, também o consideram enquanto sujeito ativo no processo de constituição (PARLATO-OLIVEIRA, 2010, 2019).

Portanto, o processo de constituição depende do encontro com o outro, como descreve Silva (2019, p. 151): “a estruturação do sujeito somente se efetivará no encontro com seus cuidadores”. Isso quer dizer que o tempo da infância é o tempo de estruturação psíquica, diferente do adulto.

Bebês em risco

Para Jerusalinsky (2018), há um grave furo na rede de cuidado aos bebês. Para a psicanalista, a questão não está relacionada à negligência ou falta de sensibilidade dos profissionais, mas sim à falta de conhecimento sobre o bebê. Parlato-Oliveira (2022) destaca, por exemplo, que isso pode ser constatado quando recorreremos aos estudos que reconhecem a sensação de dor física no bebê. É preciso lembrar que até 40 anos atrás procedimentos dolorosos eram realizados sem nenhum tipo de analgesia, pois se considerava que os bebês não sentiam dor.

Gottlieb (2009) enfatiza que os estudos no campo da antropologia acerca dos bebês estariam marginalizados e, mesmo na psicologia, com uma produção mais expressiva, haveria uma concentração de pesquisas acerca de bebês de famílias europeias e norte-americanas de classe média.

Diante dessa perspectiva, essa discussão nos leva a questionamentos sobre o lugar social do bebê, ora despercebido, ora enquanto possibilidade preventiva. Quando olhamos para eles, o que vemos? O que procuramos? Ou ainda, o que provoca nos pais e cuidadores e em nós (analistas)? Estamos atendendo a quais interesses quando recebemos bebês em análise? Afinal, quais bebês estariam em risco?

Atualmente, a condição do bebê, como sujeito em constituição, tem sido considerada por muitos como o momento oportuno para uma intervenção, o que coloca a primeira infância em um lugar em que se anteciparia riscos que podem ter consequências para a constituição do sujeito. Nesse contexto, um instrumento de cunho psicanalítico dedicado ao acompanhamento da relação do bebê com seus cuidadores, o Protocolo Indicadores de Risco ao

Desenvolvimento Infantil (IRDI), foi desenvolvido, com o objetivo de possibilitar o diálogo entre campos de saberes distintos; a sistematização de um conhecimento para utilização em políticas públicas de saúde; além da transmissão de noções psicanalíticas para profissionais de outras áreas (KUPFER; BERNARDINO, 2018; MARIOTTO; PESARO, 2018; PESARO; KUPFER, 2016).

Na década de 1990, houve uma demanda feita pelo Ministério da Saúde a respeito da inserção de indicadores psíquicos do desenvolvimento infantil na Caderneta da Criança. A partir de uma pesquisa multicêntrica, o Protocolo IRDI foi desenvolvido e validado, sendo fruto do encontro entre a pesquisa em psicanálise e o método experimental. Trata-se de um instrumento composto de 31 indicadores organizados em quatro eixos, oriundos da teorização psicanalítica, a saber: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença e ausência e função paterna. De acordo com Pereira (2021, p. 2), “Pode-se afirmar que a Pesquisa Multicêntrica que deu origem aos IRDI não seria possível sem a participação de profissionais da rede pública de saúde que participavam de cuidados com bebês na idade que interessava aos pesquisadores”.

A partir de uma revisão integrativa de literatura sobre a utilização do Protocolo IRDI, no período entre janeiro de 2021 a fevereiro de 2022, a partir dos descritores “detecção, prevenção e risco”, 19 artigos foram encontrados, sendo que 60% são referentes a pesquisas realizadas no Estado do Rio Grande do Sul. Em termos quantitativos, a palavra “risco” foi encontrada em 18 artigos.

Kupfer e Bernardino (2018) reconhecem que a palavra *risco* não é comum no campo psicanalítico, mas a escolha por seu uso seria uma forma de aproximação com a semiologia pediátrica, no intuito de articular políticas públicas. Laznik (2018, 2021) aponta a importância dos encontros entre psicanálise e outros campos de saber, em um trabalho transdisciplinar, principalmente na clínica do autismo. No campo da ética, Pesaro e Kupfer (2016) justificam a prevenção como uma aposta para a constituição do sujeito, no sentido contrário a uma noção tecnicista pautada em uma norma. Kupfer e Bernardino (2018), por sua vez, destacam que, além da utilização de protocolos, há a necessidade de acompanhamento longitudinal da relação entre o bebê e seus cuidadores; e não meramente a detecção de signos e diagnósticos.

Ainda sobre o que se pode prevenir, Lajonquière (2021, p. 99) sinaliza sobre a especificidade da psicanálise a respeito da sua impossibilidade em fazer previsões, o que a coloca em uma direção muito distinta do campo médico-sanitário-psicológico: “A pretensão preventiva é a marca de nossa forma de vida moderna com as crianças. Sentimos que o futuro delas nos concerne”. Nesse sentido, Arantes e Rosi (2020) analisam os discursos sobre a clínica com bebês e o modo como o uso de avaliações e intervenções que desconsideram a complexidade desse momento da vida, na ânsia de “chegar antes”, podem levar a efeitos iatrogênicos, contribuindo, inclusive, para a patologização da primeira infância.

Em contrapartida, Rosi e Lucero (2018, p. 184), a partir de uma perspectiva psicanalítica laciana, enfatizam que aquilo que estaria em jogo no que se refere à 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”.

Autoras como Jerusalinsky (2018), Kupfer e Bernardino (2018) propõem a noção de *intervenção a tempo*, considerando também indicadores de vulnerabilidade. Há, por exemplo, a indicação de acompanhamento ao bebê que tenha irmão ou irmã autista, em que as chances para menino são de 25% e 17% para menina, além dos casos em que há desordens de origem orgânica, como nas síndromes. Considerar esses indicadores de vulnerabilidade seria diferente, portanto, de um rastreamento universal de grande escala (LAZNIK, 2018).

Parlato-Oliveira (2022, p. 170) discute sobre o significante “risco”, revendo o uso do termo ao considerar que ele poderia nos levar a prescrever, a antecipar e a supor o que é arriscado, apontando para o futuro, em um sofrimento que pode advir, ou seja, que ainda não estaria presente. De acordo com a autora, com a noção de “risco”, o clínico deixaria de escutar o que o bebê tenta comunicar no tempo presente. Em contrapartida, a intervenção com o bebê não deveria estar relacionada à detecção de risco, mas sim à escuta do sofrimento.

Segundo dados levantados por Moysés (2020), em revisão de literatura, apenas 9% das cadernetas de saúde são preenchidas, em todo o território nacional. No Brasil, todos os bebês e as crianças pequenas são acompanhadas em consulta pediátrica com as cadernetas de saúde, o que inclui informações acerca do desenvolvimento. Infelizmente, os dados são precários, o que acarreta uma baixa qualidade no acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças.

Destaca-se que, no ano de 2017, uma lei federal altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para tornar obrigatória a adoção de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças nos seus primeiros 18 meses de vida, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1º O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º: “Art. 14. [...] § 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico” (NR). Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial (BRASIL, 2017).

A referida lei tem sido objeto de debate e controvérsias. Os argumentos contrários destacam a preocupação a respeito dos modos de sua execução, com possíveis efeitos iatrogênicos de um rastreamento de riscos psíquicos, e da garantia de estruturas de atenção e acompanhamento nos inúmeros e diversos territórios brasileiros (ARANTES; ROSI, 2020). Todavia, de acordo com Jerusalinsky (2018), essa lei tem a vantagem de não centrar a detecção como ação única dos pediatras, o que possibilita uma atenção em âmbito interdisciplinar. Além disso, a autora sublinha a visibilidade que a lei outorga ao sofrimento psíquico na faixa etária até um ano e meio de idade.

A clínica psicanalítica com bebês

O encontro é o fator primordial na constituição psíquica do sujeito e é aquilo que será considerado na clínica com bebês. Nesse processo, muitos percalços poderão ocorrer, do lado do bebê, dos pais ou, ainda, na própria relação entre eles, gerando sofrimento. Nesse sentido, a escuta é a chave do método psicanalítico, independente do que poderá ocorrer no futuro. Importa aquilo que o sujeito demanda, a seu tempo, seja ele bebê, criança ou adulto.

Estamos acostumados a pensar sobre a escuta do adulto, o que envolve a interpretação pela palavra. Todavia, quando pensamos sobre isso em relação ao bebê e à criança pequena, que ainda não utilizam a língua enquanto recurso para comunicar-se, encontramos dificuldades. Parlato-Oliveira (2010), ao realizar uma análise sobre o campo da linguagem na clínica com bebês, considera a semiótica e a psicanálise para a compreensão sobre a fala deles.

Segundo a autora, eles se comunicam de forma multimodal, a partir de aspectos prosódicos, visuais, olfativos, gestuais e táteis. Essa produção, mesmo que não verbal, é defendida pela psicanalista enquanto fala a ser reconhecida, geradora de sentidos. Trata-se então de um olhar para o bebê enquanto sujeito, em uma intervenção interpretativa diante da escuta do bebê e de seus pais, em que o analista intervém como um intérprete, de modo que a comunicação e sintonia entre pais e bebê seja facilitada. Dito isso, é a escuta do bebê e de seu entorno que se propõe a clínica psicanalítica de bebês, propiciando a sincronia entre os pais e o bebê.

Claudia Mascarenhas Fernandes (2011, 2017, 2021) propõe que utilizemos a imagem como letra, uma produção textual que se mostra no corpo do bebê e na qual a palavra ainda não está associada. Tal “mostração” seria um apelo que, no encontro com o analista, poderia ser transformado em uma demanda. O desafio da função do analista seria fazer essa leitura sem cair no engodo das significações pré-estabelecidas e das causalidades unívocas, como algo que se dá apenas do lado do bebê ou apenas do lado dos pais.

Ainda sobre o que se mostra no corpo, Crespín (2004) sistematizou conhecimentos sobre o modo de comunicação do bebê na relação com o Outro, a partir de três registros, a saber: a oralidade, a especularidade e a pulsão invocante. A autora ainda define o sono e o desenvolvimento tônico-postural como indicadores da qualidade do laço. Cada registro contemplaria sinais positivos do desenvolvimento e, na hipótese de algum impasse na relação com os cuidadores, haveria manifestações em um ou mais campos, divididos em sinais da série “barulhenta” e da série “silenciosa”.

Os sinais da série barulhenta são aqueles que alertam o entorno do bebê. No registro da oralidade, seriam as recusas alimentares; na especularidade, o evitamento seletivo do olhar; na pulsão invocante, o bebê que chora e/ou grita muito; no sono estariam presentes distúrbios, tais como: não dormir e/ou acordar gritando. No desenvolvimento tônico-postural, os bebês apresentariam hipotonia, hipertonia e/ou atrasos psicomotores.

Os sinais silenciosos seriam aqueles que podem passar despercebidos ou, em alguns contextos, serem interpretados como sinais positivos do desenvolvimento. No registro da oralidade, o bebê se deixa preencher, come sempre tudo, mama o tempo todo. Na especularidade, o sinal seria a não fixação do olhar; já no registro da pulsão invocante, a marca poderia ser a cessação do apelo. A hipersonia e a “insônia calma” (bebê não dorme, mas não chora, não grita) seriam os sinais em relação ao sono e, por último, no desenvolvimento tônico-postural, o balanceio, como uma forma mínima de sensorialidade.

Referente à atuação do psicanalista, é pertinente estar atento ao que acontece na relação entre o bebê e seus cuidadores. As operações psíquicas que se presentificam nessa relação ocorrem pelo brincar, através de cantigas e brincadeiras, durante os cuidados corporais, a alimentação, o sono etc. No início, é bebê brincado e falado por seus cuidadores, sendo fundamental que estes reconheçam no bebê um sujeito para que ele se aproprie da brincadeira como criação sua, permitindo-se capturar pelo olhar e voz do Outro. Do lado do bebê, há pequenos gestos que vão demonstrando sua intencionalidade em estar com o Outro, constituindo, assim, um jogo dialógico (JERUSALINSKY, 2009; PARLATO-OLIVEIRA, 2016).

Nesse sentido, a psicanálise coloca o bebê no centro da análise, enquanto sujeito que tece a sua assinatura na relação com o outro por meio do registro pulsional. Colocar o bebê nessa posição é considerar o seu saber, supondo-o como sujeito que tem algo a dizer na transferência com o analista. É o que Couvert (2020) propõe, ao fazer uma análise minuciosa do conceito de clínica pulsional, partindo do inventor Freud, passando pelos avanços de Lacan, e ainda propondo outro campo pulsional: o registro tátil. A psicanalista propõe identificar o “traço que o anima” (COUVERT, 2020, p. 14), que diz sobre a forma como o bebê se apresenta nos encontros.

É importante também enfatizar a necessidade de considerar a cultura na qual o bebê está inserido. Uma relação com o Outro, na qual o olhar ou o registro escópico não sejam privilegiados, não determina que o bebê esteja fora do campo pulsional, afinal ele poderá privilegiar a via tátil no contato com o Outro (COUVERT, 2020).

Sendo assim, colocamos o bebê no lugar dele, a partir dos pressupostos psicanalíticos, ou seja, nem enquanto possibilidade preventiva e nem mesmo em um lugar de invisibilidade, mas sim de sujeito que demanda e tem algo a nos comunicar.

Considerações finais

Ao discutir o uso do termo detecção precoce no campo da saúde mental da primeira infância, a partir de questionamentos oriundos da experiência clínica de uma das autoras deste trabalho em uma instituição de saúde suplementar, local em que o discurso médico é predominante e permeia a clínica com bebês, o presente trabalho realizou uma extensa revisão de literatura narrativa e integrativa.

Destaca-se a hegemonia do DSM-V, sobretudo ao enfatizar a prevenção de transtornos mentais, a partir da antecipação de riscos. Contudo, a Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA), traduzida para a língua portuguesa, considera a abordagem psicodinâmica e o contexto ambiental para a compreensão dos sintomas da criança e do adolescente, o que coloca em relevo o laço pais-bebê.

Em uma perspectiva psicanalítica, a urgência de intervenção clínica com bebês em sofrimento concerne ao tempo fundamental de constituição de um sujeito. Podemos analisar que a atuação do psicanalista com bebês opera pela via pulsional e, portanto, do prazer, cuja importância é escutar, olhar, analisar e interpretar a linguagem própria do bebê, dando voz a ele.

Trata-se de uma clínica que faz fronteiras com muitas áreas do conhecimento – neurociências, psicologia do desenvolvimento, pediatria, linguística, semiótica, entre outras – o que convida o psicanalista a conhecer pesquisas e saberes exteriores ao próprio campo e, sobretudo, a um trabalho transdisciplinar.

Outro desafio próprio à clínica com bebês, discutido ao longo do trabalho, é a linha tênue entre a promoção do cuidado e a patologização. Um psicanalista deve estar advertido dessa tensão. Um trabalho com pais/cuidadores-bebê deve considerar as peculiaridades culturais, assim como os determinantes sociais de saúde envolvidos nos modos de cuidado.

Lacan, de forma enfática, sublinhava que todo analista que não conseguisse alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época deveria renunciar à prática da psicanálise. Diante disso e a propósito da discussão do presente trabalho, destaca-se que a psicanálise dá visibilidade ao bebê, ao considerá-lo um sujeito e, por isso, propor uma intervenção a tempo. Entretanto, novas pesquisas devem ser realizadas para que seja possível aprofundar as possibilidades de cuidado, em uma perspectiva despatologizante.

Trabalhos que enfatizem a interlocução entre pressupostos psicanalíticos e a interseccionalidade, a fim de analisar como os marcadores de raça, gênero e classe social se articulam nos modos de cuidado dos bebês, devem ser realizados. Essa é nossa aposta: uma psicanálise implicada e à altura da nossa época.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, L. H. D. Neoliberalismo, neurociências e psiquiatria: discursividades contemporâneas em torno do sofrimento psíquico e do desenvolvimento infantil. In: CAPONI, S.; BRZOZOWSKI, F. S.; LAJONQUIÈRE, L. de. **Saberes expertos e medicalização no domínio da infância**. 1. ed. São Paulo: LiberArs, 2021. p. 155-174.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANSERMET, F.; GIACOBINO, A. **Autismo: a cada um o seu genoma**. 1. ed. Petrópolis: Editora KBR, 2013.
- ARANTES, R.; ROSI, F. Clínica de Bebês: desnaturalizando conceitos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 12, n. 31, p. 120-143, 2020.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981 (Original de 1960).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Rastreamento**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2019.
- _____. **Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017**. Presidência da República. Secretaria-geral. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13438.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.438%2C%20DE%2026%20DE%20ABRIL%20DE%202017.&text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.069,0%20desenvolvimento%20ps%C3%ADquico%20das%20crian%C3%A7as>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância**. Brasília, 2018.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009 (Original de 1966).
- CAPONI, S. O. DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. **Surveillance Summaries**, v. 70, n. 11, dez. 2021.
- CHAGAS, G. D. et al. A reforma psiquiátrica no contexto da crise na ciência moderna. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**, Cruz Alta, v. 9, n. 1, p. 323-331, 2021.
- CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>>. Acesso em: 17 fev. 2022.
- COSTA, T. **Psicanálise com crianças**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- COUVERT, M. **A clínica pulsional do bebê**. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2020.
- CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. de; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.
- FERNANDES, C. M. **Psicanálise para aqueles que não falam?** A imagem e a letra na clínica com o bebê. 1. ed. Salvador: Instituto Viva Infância, 2011.
- _____. A “mostração” e a constituição do sujeito na clínica com aqueles que ainda não falam. **Ide**, São Paulo, v. 40, n. 64, p. 257-266, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062017000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2022.
- FREUD, S. O Inconsciente. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996a (Original de 1915).
- _____. Instinto e suas Vicissitudes. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996b (Original de 1916).
- GOTTLIEB, A. Para onde foram os bebês? Em busca de uma antropologia de bebês (e de seus cuidadores). **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 313-336, 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42002>>. Acesso em: 19 fev. 2022.
- JAPIASSU, H. **Introdução à epistemologia da psicologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- JERUSALINSKY, J. **A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
- _____. 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**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 83-99, jan./abr. 2018.
- KLEIN, M. Posição depressiva – uma contribuição à psicogênese dos Estados Maníaco-depressivos. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Original de 1935). p. 301-329.
- KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à polis. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 62-82, 2018.
- LACAN, J. **O seminário – livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995 (Original de 1964).
- LAJONQUIÈRE, L. de. A psicanálise, o autismo e a prevenção na infância: a polêmica Lei 13.438. In: CAPONI, S.; BRZOWSKI, F. S.; LAJONQUIÈRE, L. de. **Saberes expertos e medicalização no domínio da infância**. São Paulo: LiberArs, 2021. p. 91-118.
- LAZNIK, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). **Palavras em torno do berço: intervenções precoces, bebês e família**. 1. ed. Salvador: Editora Ágalma, 1997. p. 35-51.
- _____. A questão da importância do protocolo PREAUT. In: WANDERLEY, D.; CATÃO, I.; PARLATO-OLIVEIRA, E. (Orgs.). **Autismo: perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica**. São Paulo: Instituto Langage, 2018. p. 19-28.
- _____. **Clínica de bebês: litoral entre psicanálises e neurociências**. São Paulo: Instituto Langage, 2021.

- LIMA, R. C. Classificação e psicopatologia da infância e adolescência: a contribuição francesa chega ao Brasil. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 173-177, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/153788>>. Acesso em: 22 fev. 2022.
- MARIOTTO, R. M. M.; PESARO, M. E. O roteiro IRDI: sobre como incluir a ética da psicanálise nas políticas públicas. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 99-113, 2018.
- MASCARENHAS, C. A clínica psicanalítica com o bebê e seus descentramentos. In: MASCARENHAS, C. (Org.). Colaboração TRAD, L. A. B. **O Bebê não vive numa bolha: clínica e contexto**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2021, v. 3. p. 49-70.
- MAZON, M. da S. Dos diagnósticos aos manuais: mercado farmacêutico e transtornos mentais da infância em questão. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 19, n. 46, p. 115-140, 2020.
- MINERBO, M. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.
- MISÈS, R. **Classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente**. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2018.
- MOYSÉS, M. A. A. A Lei 13.438 é um risco à saúde das crianças. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.12, n. 31, p. 193-216, 2020.
- PACHECO, M. V. P. de C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, p. 152-157, 2003.
- PARLATO-OLIVEIRA, E. Como falam os bebês? Explorações sobre a fala e o campo da linguagem na clínica de bebês. In: BARBOSA, D. C.; PARLATO-OLIVEIRA, E. (Orgs.). **Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplinar na primeira infância**. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2010. p. 53-64.
- _____. O bebê no olhar do outro. In: SOUZA, A. P. R.; ZIMMERMANN, V. B. **Inserção de crianças e adolescentes na cultura**. São Paulo: Langage, 2016. p. 53-64.
- _____. **Saberes do bebê**. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2019.
- _____. **O bebê e as tramas da linguagem**. São Paulo: Instituto Langage, 2022.
- PEREIRA, G. A. F. F. Detecção de risco com a primeira infância: regra, lei e impossível. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 10, n. 18, p. 1-17, 2021.
- PEREIRA, M. E. C. Reseña de “Psychopathology” de Associação Mundial de Psiquiatria (AMP). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n. 1, p. 184-186, 2003.
- _____. Prefácio. In: MISÈS, R. **Classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente**. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2018.
- PESARO, M. E.; KUPFER, M. C. M. 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**, São João del-Rei, v. 5, p. 58-68, 2016.
- PINEL, P. **Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.
- PRECOCE. **DICIO, Dicionário Online de Português**. 2022. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/precoce/>>. Acesso em: 16 fev. 2022.
- RESENDE, P.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2021.

ROSI, F. S.; LUCERO, A. Intervenção precoce x estimulação precoce na clínica com bebês. **Tempo psicanalítico**, v. 50, n. 1, p. 174-193, 2018.

SILVA, K. C. B. O que uma mãe pode nos ensinar sobre função materna? Da face inexpressiva à construção do corpo erógeno. In: PARLATO-OLIVEIRA, E.; SZEJER, M. **O bebê e os desafios da cultura**. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2019.

TEBET, G. de C.; ABRAMOWICZ, A. Estudos de bebês: linhas e perspectivas de um campo em construção. **ETD - Educação Temática Digital**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 924-946, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8649692>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

TREVARTHEN, C.; AITKEN, K. J.; GRATIER, M. **O bebê: nosso professor**. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2019.

UNESP. Biblioteca Professor Paulo de Carvalho Mattos. **Tipos de revisão de literatura**. 1. ed. Botucatu: UNESP, 2015. Disponível em: <<https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. 1. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1983 (Original de 1963). p. 79-87.

ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR. B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ZORZANELLI, R.; DALGALARRONDO, P.; BANZATO, C. E. M. O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 328-341, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a12>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

RESUMO A partir de uma revisão narrativa e integrativa, objetiva-se discutir o uso do termo *deteccção precoce* no campo da saúde mental da primeira infância, sobretudo em relação aos bebês. Problematisa-se a hegemonia do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e a ênfase, em especial a partir da última edição, na prevenção de transtornos mentais, a partir da antecipação de riscos. Questiona-se o lugar ambíguo do bebê e da criança pequena: ora no lugar de prevenção de possíveis desvios na fase adulta, sujeita a inúmeros riscos, ora em um lugar de invisibilidade. Propõe-se que uma clínica psicanalítica com bebês, preocupada em evitar tanto a patologização quanto a identificação de bebês em risco, deve destacar o lugar do bebê como um sujeito que demanda, a seu tempo, inscrito em uma determinada história, o que põe em relevo a necessidade de se considerar os determinantes sociais e culturais.

Palavras-chave: saúde mental, bebê, psicanálise, deteccção precoce, risco.

¿Bebés en riesgo?

Consideraciones sobre el discurso de detección precoz en el campo de la salud mental

RESUMEN Con base en una revisión narrativa e integradora, el objetivo es discutir el uso del término *detección temprana* en el campo de la salud mental de la primera infancia, especialmente relacionado a los bebés. Se cuestiona la hegemonía del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) y el énfasis, especialmente desde la última edición, en la prevención de los trastornos mentales, basada en la anticipación de riesgos. Se cuestiona el lugar ambiguo del bebé y del niño pequeño: a veces en el lugar de prevención de posibles desviaciones en la edad adulta, sujeto a numerosos riesgos, a veces en un lugar de invisibilidad. Se propone que una clínica psicoanalítica con bebés, preocupada por evitar tanto la patologización como la identificación de bebés en riesgo, destacándose el lugar del bebé como sujeto que exige, en su tiempo, inscrito en una determinada historia, lo que pone en relieve la necesidad de considerar los determinantes sociales y culturales.

Palabras clave: salud mental, bebé, psicoanálisis, detección precoz, riesgo.

Babies in danger?

Considerations related to the discourse of early warning in the field of mental health

ABSTRACT Based on a narrative and integrative review, the objective of this article is to discuss the use of the term *early detection* in the field of early childhood mental health, especially in relation to babies. The hegemony of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) on the prevention of mental disorders based on the anticipation of risks, especially since its last edition, is discussed. The ambiguous place of the baby and young child is questioned: sometimes in a place of preventing possible deviations in adulthood, subject to numerous risks, sometimes in a place of invisibility. It is proposed that a psychoanalytic clinic with babies, concerned in avoiding both pathologization and the identification of babies at risk, should highlight the place of the baby as a subject that demands, in its time, inscribed in a certain history, which highlights the need to consider social and cultural determinants.

Keywords: mental health, baby, psychoanalysis, early detection, risk.

DATA DE RECEBIMENTO: 27/02/2022

DATA DE APROVAÇÃO: 09/08/2022



Jaqueline Cristina Silva

Psicóloga, mestranda em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da FCM/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil, com Pós-Graduação Lato Sensu em Psicanálise e Saúde Mental pelo CEFAS e especialização em Teoria e Prática Psicanalítica: Constituição do Sujeito e intervenções pelo Enlace.

E-mail: jaqsilva.psico@gmail.com



Bárbara Adele de Moraes

Psicóloga, Psicanalista, mestranda em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da FCM/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil. Membro associada do Núcleo de Estudos em Psicanálise de Sorocaba e Região.

E-mail: barbaraadeledemoraes@gmail.com



Kelly Cristina Brandão da Silva

Psicanalista, Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP), Brasil. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da UNICAMP.

E-mail: kcbsilva@unicamp.br