

Considerações sobre a Clínica Psicológica com Bebês que Experimentaram Internação Neonatal

*Considerations on Clinical Psychology with Infants who Experienced
Neonatal Hospitalization*

Tagma Marina Schneider Donelli¹

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil

Resumo

No estudo da psicopatologia do bebê e da criança pequena, os sintomas psicofuncionais são entendidos como indicadores de problemas, passageiros ou persistentes, no nível das trocas interacionais entre pais e bebê. Nesse sentido, qualquer evento que represente uma ameaça a essas trocas entre o bebê e seus pais, como a hospitalização do bebê no período neonatal, merece atenção e investigação. Assim, partindo do pressuposto de que as relações iniciais entre o bebê e seus cuidadores são estruturantes, constituintes do psiquismo humano e potencialmente responsáveis pela saúde mental atual e futura do bebê, este artigo pretende, a partir de uma breve revisão da literatura, abordar as especificidades da clínica psicológica com o bebê, o sintoma do bebê e os problemas do diagnóstico na primeira infância, refletindo sobre as possíveis implicações psicológicas e manifestações sintomáticas no bebê que experimentou uma internação neonatal.

Palavras-chave: Bebês, Sintoma Psicofuncional, Neonatologia, Psicologia Clínica

Abstract

In the study of infant and young child's psychopathology, the psychofunctional symptoms are understood as indicators of temporary or permanent problems at the level of the interactional exchanges among parents and infant. In this sense, any event representing a threat to these exchanges between the infant and its parents, such as the hospitalization of the infant in the neonatal period, deserves attention and investigation. Therefore, assuming that the initial relations between the infant and its caretakers are structuring, constituting the human psyche and potentially responsible for the current and future mental health of the infant, this article intends, starting from a brief review on the literature, to approach the specificities of clinical psychology with the infant, the symptom of the infant, and the problems of the diagnosis in first infancy, reflecting on the possible psychological implications and symptomatic manifestations in the infant who experienced neonatal hospitalization.

Keywords: Infants, Psychofunctional Symptoms, Neonatology, Clinical Psychology.

Nas últimas décadas, o desenvolvimento social e afetivo das crianças pequenas tem sido alvo de inúmeros estudos (Cordeiro, Silva, & Goldschmidt, 2003; Wendland, 2001). O reconhecimento das

capacidades inatas do recém-nascido e de seu papel ativo na interação com os pais (Brazelton, 1988, 1994; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Klaus, 2001; Stern, 1997) parece ter sido responsável pelo

¹ Contato: tagmaps@gmail.com

grande aumento dos estudos sobre o desenvolvimento psicológico da criança desde o início da vida (Wendland, 2001). Entretanto, segundo Cramer (1999), foi apenas a partir da década de 1960 que as crianças pequenas, com menos de três anos, foram consideradas passíveis de sofrer de distúrbios psicológicos e capazes de se beneficiarem de abordagens terapêuticas.

A partir de uma breve revisão da literatura, este artigo tem como objetivo abordar as especificidades da clínica psicológica com o bebê, o sintoma do bebê e os problemas do diagnóstico na primeira infância, refletindo sobre as possíveis implicações psicológicas e manifestações sintomáticas no bebê que experimentou uma internação neonatal. Primeiramente, procedeu-se a uma revisão conceitual sobre as especificidades da clínica psicológica com o bebê, a importância do relacionamento do bebê com seus cuidadores nos primeiros tempos de vida, a noção de sintoma na primeira infância e o problema do diagnóstico nessa faixa etária, para, então, tecer considerações sobre as possíveis repercussões psicológicas do afastamento precoce mãe-bebê. Espera-se, assim, fomentar a reflexão e a investigação sobre essa temática.

A clínica com o bebê e suas especificidades

Em seu rol de especificidades, a clínica com o bebê trata de um sujeito que ainda está por vir, isto é, toma como paciente um ser em desenvolvimento. E esse desenvolvimento, segundo Winnicott (1968/1999), só pode se dar no encontro com o outro, isto é, com a vivência de uma relação íntima e total de dependência em relação ao ambiente que o cerca. O bebê precisa de um outro que possa se emprestar a ele como uma ponte que o ligue ao mundo e a si mesmo, para que possa passar desse estado de total dependência para um estado de dependência parcial ou relativa, até que alcance a independência, isto é, até que se torne viável como uma unidade independente. Para tanto, os relacionamentos iniciais são fundamentais.

Autores da escola inglesa de psicanálise (Anzieu, 2000; Bick, 1968/2002; Bion, 1962/1991; Klein, 1982; Meltzer, 1971; Spitz, 1998; Winnicott, 1967/1989, 1975) são unânimes em atribuir à figura materna, como cuidadora principal, um

papel fundamental no início da vida do bebê. Dessa forma, são as capacidades da mãe de ir ao encontro das necessidades da criança que possibilita ao recém-nascido estabelecer uma trajetória de vida relativamente contínua, induzindo-o a confiar nos processos internos que o levam à integração em uma unidade ou, em outras palavras, que o levariam de um estado de não-integração a um estado de integração das partes da personalidade (Bick, 1968/2002).

No final da gravidez, a mulher entraria em um estado chamado por Winnicott (1956/2000) de preocupação materna primária, que a habilitaria a responder de forma sensível e empática às necessidades do bebê. Esse estado possibilitaria às mães quase se perderem em uma identificação com o bebê, de forma a poderem saber do que ele necessita naquele momento. A vulnerabilidade da mulher que se encontra nesse estado é quase tão intensa quanto a vulnerabilidade do próprio bebê. Assim, o estado regressivo em que a mãe se encontra, proporcionado pela preocupação materna primária, permite que ela instaure as bases para a saúde mental do seu filho (Winnicott, 1968/1999, 1952/2000).

Nesse sentido, o papel do cuidado materno vai muito além da satisfação das necessidades fisiológicas do bebê. Ele inclui ser capaz de exercer a função de *holding*, um conceito winnicottiano utilizado para definir uma espécie de provisão ambiental total, que inclui o segurar físico e a elaboração de experiências inerentes à existência do bebê, aparentemente puramente fisiológicas, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinado pela empatia e pela percepção da mãe (Winnicott, 1960/1990).

Uma mãe capaz de oferecer esse tipo de ambiente para seu filho, isto é, que o protege das agressões fisiológicas, que leva em conta a sensibilidade sensorial do bebê, que respeita seu estado de total dependência e sua incapacidade de reconhecer qualquer coisa que não seja ele próprio, que estabelece uma comunicação empática e que não se restringe à execução de cuidados mecânicos de rotina, pode começar a garantir à criança um ambiente suficientemente bom, que lhe dá espaço para desenvolver-se a partir de suas próprias experiências.

Essa capacidade de identificação da mãe é fundamental para o bebê no início da vida e permite que ele comece a construir sua existência pessoal e seu senso de continuidade do ser. Ao contrário, se o cuidado materno não cumpre essa função, a personalidade do bebê começa a se construir baseada nas reações ao ambiente, que é tomado como intrusivo e hostil. Bion (1962/1991) deu a essa capacidade materna o nome de *reverie*, entendida como uma condição semelhante ao sonho, pela qual a mãe passa e que a habilita a captar o que está se passando com seu bebê, não tanto pelos sentidos, mas principalmente pela sua intuição. Em suma, a função de *reverie* é a capacidade materna de acolher as identificações projetivas da criança.

Da mesma forma, Bick (1968/2002) afirma que a função materna, assim como descrita anteriormente, seria a responsável pela formação de um equivalente psíquico da pele, capaz de manter as partes do *self* unidas, evitando a experiência de desintegração. Essa “pele psíquica” seria produto do desenvolvimento normal do processo de identificação com a função continente da mãe, capaz de conter e unir as partes do próprio eu.

Didier Anzieu apresenta uma ideia semelhante à de Bick (1968/2002) quando aborda o conceito de “envelope psíquico”, originalmente proposto em 1974 (Anzieu, 2000). Para o autor, a pele é o envelope do corpo, assim como a consciência tende a “envolpear” o aparelho psíquico. Pela analogia entre as estruturas e as funções da pele, ele pretende explicar psicanaliticamente as noções de fronteira, de limite e de continente. O “eu-pele”, termo utilizado pelo autor para designar a resposta para a necessidade de um envelope narcísico que assegure ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base, herda a dupla possibilidade de estabelecer barreiras (entendidas, nesse caso, como mecanismos de defesa) e de filtrar trocas (com o id, o superego e o mundo exterior). As funções do eu-pele são de manutenção do psiquismo, de continência, no sentido proposto por Bion (1973) para a ideia de continente, de paraexcitação, de individuação, de intersensorialidade, de sustentação da excitação sexual, de recarga libidinal do funcionamento psíquico, de inscrição dos traços sensoriais táteis e

também de autodestruição, quando altera as suas funções pela inversão de seus propósitos.

Anzieu (2000) compartilha as ideias de autores já citados quando afirma que, no início da vida, é a mãe que oferece ao seu pequeno filho envelopes capazes de proteger o psiquismo incipiente do bebê contra a invasão de excessos, tanto do mundo interno quanto do externo, pela transformação e restituição ao bebê de suas sensações, imagens e afetos, os quais se tornam, então, representáveis. Assim, o fracasso nos cuidados maternos implica, portanto, estabelecer uma falha precoce na integração básica do eu (ou *self*), a qual se manifesta em níveis somáticos e na conseqüente fragilidade da experiência da realidade psíquica.

Se as coisas vão bem e o bebê tem a experiência de ser cuidado por uma mãe suficientemente boa, ele não aciona de forma especial sua percepção sobre o que está sendo provido adequadamente e tampouco sobre o que está sendo prevenido. Entretanto, quando ocorrem falhas no cuidado materno, o bebê se torna perceptivo não da falha em si, mas da necessidade de reagir a alguma irritação. Cada falha do cuidado é sentida como interrupção, o que resulta no enfraquecimento do *self* e constitui, segundo Winnicott (1960/1990), ameaça de aniquilamento. Bion (1973) também chamou essa sensação de aniquilamento de “terror sem nome”, na tentativa de designar a angústia de aniquilamento experimentada em uma época da vida em que ainda não havia condições suficientes do ego para construir representações por meio da palavra. A criança experimentaria esse terror sem nome em situações nas quais a mãe falha na sua função de continente, por ausência física, por ausência afetiva ou por inadequação na devolução dada às projeções do bebê.

Dessa forma, pode-se afirmar que a clínica com o bebê não pode prescindir da presença do seu cuidador em função da relação de profunda dependência que se estabelece entre ambos, que culmina no conceito, proposto por Winnicott (1969/1994) e, mais tarde, por Cramer (1993), de mutualidade psíquica. Esse conceito tenta dar conta dos fenômenos iniciais de troca entre a mãe e o bebê, que caracterizarão a comunicação intersubjetiva da dupla.

Além disso, a figura materna como pessoa real,

habitada por um mundo interno recheado de representações construídas a partir das suas próprias relações de objeto arcaicas, e que entrarão em cena e serão reeditadas no relacionamento com o filho, precisa ser olhada e compreendida, para que se possa acessar o bebê com seus próprios processos subjetivos em construção. Entra em cena, portanto, o que Lebovici (1996) chamou de mandato transgeracional: o modelo de apego que a criança estabeleceu no início de sua vida, com seus objetos primordiais, serve de protótipo para as suas relações ulteriores e é relativamente estável ao longo do ciclo vital, levando, então, a uma perpetuação do modelo de apego de uma geração à outra. Portanto, a influência das famílias de origem dos pais nas interações deles com o bebê é um ponto importante da investigação clínica.

Inúmeras contribuições teóricas foram importantes para fornecer as bases para a construção de um conjunto de técnicas adaptadas às especificidades desse período da vida, levando em consideração aspectos desenvolvimentais do bebê, a organização mental e o funcionamento psíquico peculiar da mãe e os fenômenos interacionais que perpassam a relação mãe-bebê (Anzieu, 2000; Bick, 1968/2002; Bion, 1962/1991; Bowlby, 1989; Dias, 2003; Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Guedeney, 1999; Kanner, 1972; Klein, 1982; Meltzer, 1971; Ranña, 2004; Spitz, 1998; Stern, 1997; Winnicott, 1967/1989, 1967/1975). Assim, na clínica com o bebê, mais do que considerá-lo como um paciente, é preciso compreendê-lo inserido em uma relação especial com sua mãe, que, por sua vez, está envolvida com suas próprias vivências relacionadas à maternidade e ao relacionamento com esse bebê em particular. Além disso, a clínica com o bebê pode ser entendida como uma clínica da prevenção a partir do momento em que se ocupa da detecção e da intervenção precoces, em um momento em que as estruturas psíquicas estão em formação e o futuro do bebê está sendo esboçado. Dessa forma, a clínica com o bebê pode ser considerada um novo território de intervenção, na medida em que implica um novo olhar, tanto teórico como técnico, para a criança e seus primeiros anos de vida.

O sintoma do bebê

A partir de uma perspectiva psicanalítica, é inegável que a fragilidade e a absoluta dependência do bebê humano em relação ao outro marcam profundamente todo o desenvolvimento posterior de sua estrutura subjetiva (Kon, 2000). Entretanto, muitos são os acontecimentos capazes de interferir nessa relação de troca entre mãe e bebê. Do ponto de vista clínico, tanto os fatos e acontecimentos que acometem o bebê quanto aqueles que impactam a mulher e o sistema familiar ampliado são capazes de repercutir na relação da dupla, contribuindo positiva ou negativamente para a saúde mental da criança.

Além da importância dada às primeiras relações entre o bebê e sua mãe, a clínica com o bebê trabalha com um sujeito que não fala e não brinca. Segundo Jerusalinsky e Berlinck (2008), apesar de não ser possível ao bebê utilizar o recurso da palavra para expressar seus conflitos, ele manifesta sintomas que se fazem ver no corpo. Para Golse (2004), o estudo do bebê reserva ao corpo um lugar central, semelhante ao papel que o sonho desempenhava para Freud como via de acesso ao inconsciente e aos processos de simbolização e de subjetivação. Para o autor, o conjunto das interações precoces vividas pela criança dá lugar a uma atividade de mentalização e figuração absolutamente essencial na ontogênese do aparelho psíquico do bebê. Dessa forma, o corpo e o comportamento do bebê contam algo de sua história interativa precoce, tendo o corpo como principal narrador.

Os pressupostos teóricos que permitem compreender a dinâmica da produção de sintomas psíquicos na criança pequena baseiam-se na própria psicanálise, como uma teoria estrutural de constituição da subjetividade, mas também remetem aos conhecimentos gerados pelos estudos de psicanalistas franceses que se dedicaram ao estudo da psicossomática (Ranña, 2004). Sob o impulso de Pierre Marty, foi criada a Escola de Psicossomática de Paris, que propõe pensar a patologia somática com base em uma perspectiva de continuidade evolutiva e funcional entre o orgânico e o psíquico. Dessa forma, a psicossomática psicanalítica parte do pressuposto de que o indivíduo é psicossomático, e não a doença em si. A somatização seria uma resposta

adaptativa, e até mesmo defensiva, da qual todo ser humano lança mão quando circunstâncias internas ou externas ultrapassam seus modos psicológicos habituais de resistência (Marty, 1993; McDougall, 1996).

Segundo Kreisler (1978), um dos pioneiros no estudo da psicopatologia da criança pequena, a expressão somática ocupa uma posição privilegiada na psicopatologia do bebê, pois esta atinge suas principais funções: sono, alimentação, eliminação e respiração. Por isso, fala-se em patologia funcional.

Por sintoma psicofuncional, entendem-se as manifestações somáticas e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que sinalizam dificuldades na interação mãe-bebê ou pais-bebê. No início da vida, os sintomas psicofuncionais mais frequentes são os distúrbios do sono, alimentares, digestivos e gástricos, respiratórios, de pele e de comportamento (Batista-Pinto, 2004; Mazet & Stoleru, 1990; Robert-Tissot *et al.*, 1989).

Para Kreisler (1978), os distúrbios do sono estão no centro da clínica psicossomática da infância. O sono é o símbolo, ou talvez mesmo o equivalente, da fusão primária que se relaciona com o narcisismo. O que se percebe em certas insônias precoces e graves é uma tradução da desordem do universo simbiótico em que, perante necessidades orgânicas e libidinais, a mãe dá respostas marcadas pela desadaptação e contradição. Segundo Batista-Pinto (2004), podem ser entendidos como distúrbios do sono a insônia, o dormir mal, acordar-se muitas vezes durante a noite, demora a dormir, dormir muito tarde, pouco ou demais para a sua idade e não ter horário na sua rotina de sono.

Na categoria dos transtornos alimentares, podem ser incluídos distúrbios na quantidade e qualidade da alimentação, e dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida (Batista-Pinto, 2004). As desordens alimentares instalam-se, geralmente, por volta do sexto mês, junto com a instalação da relação eletiva com a mãe (relação de objeto) e com a introdução de novos alimentos além do leite (Klein, 1982; Kreisler, 1978).

Os distúrbios digestivos e gástricos referem-se a manifestações como de regurgitação, cólica, soluço, prisão de ventre e diarreia. Para Kreisler

(1978), as cólicas dos três primeiros meses configuram-se numa perturbação ultraprecoce, que demonstra a possibilidade de uma criança na primeira infância responder, por meio de um mal-estar físico, a circunstâncias anormais do ambiente: a interferência dos sistemas de comunicação na relação primitiva entre a mãe e o filho.

Já asma, bronquite, alergias respiratórias e infecções de repetição, como laringites e faringites, referem-se à categoria dos transtornos respiratórios que evidenciam, de certa forma, as circunstâncias psicológicas do momento da crise (Batista-Pinto, 2004). A asma infantil tem sido alvo de estudos desde a década de 1980 (Debray, 1988; Ranña, 1997), e os resultados permitem supor que a relação mãe-criança, marcada pela presença massiva e por um superinvestimento da mãe, impede que o bebê crie um espaço de subjetivação a partir da ausência materna e, portanto, crie defesas psíquicas.

Os problemas de pele, como eczemas e alergias cutâneas, também parecem aproximar-se dessa categoria em função do seu caráter de agravamento em momentos de crise. E, por último, os distúrbios de comportamento, que se manifestam por temperamento difícil, irritação e choro frequente, baixa consolabilidade, ansiedade e medos constantes, bem como por dificuldades de vínculo e ansiedade de separação (Batista-Pinto, 2004; Kreisler, 1978).

No início da vida, a criança encontra-se em uma época na qual ainda não existem condições psíquicas suficientes para lidar com as falhas ambientais e tampouco possui recursos psíquicos para construir representações por meio da palavra. Nesse contexto, se o bebê não pode contar com um cuidador ativamente adaptado às suas necessidades e que o proteja da intrusão e minimize a necessidade de o bebê reagir e sair do seu estado de ilusão, ele acaba se vendo impelido a organizar precocemente um senso de si, entendido por Winnicott (1993) como um *falso self*, que se submete às demandas, reage aos estímulos e se livra das experiências pulsionais, passando por elas sem elaborá-las ou ligá-las. Quando a mãe está impossibilitada de dar a continência necessária, a criança experimenta a morte. Para defender-se, pode utilizar mecanismos que deem conta dessa sensação ou alertem para seu possível

aniquilamento. Essa criança pode, entre tantas outras respostas, adoecer (Bleichmar, 1994).

Se os desejos inconscientes da mãe não atrapalharem esse desenvolvimento normal, da indiferenciação eu – não-eu à diferenciação, a criança constrói uma representação mental da própria mãe como uma figura capaz de acalmar e modificar seu sofrimento sem se opor ao alcance da sua autonomia. Porém, se isso não ocorre, a criança e, mais tarde, o adulto não possuem uma referência interna capaz de dar o suporte e a continência necessários para seus momentos de sofrimento. Nesse sentido, o corpo comunica a incapacidade do aparelho mental, momentânea ou persistente, de dar conta dos conflitos. Para McDougall (1991), não se espera que um adulto reaja por meio de diarreias a situações traumáticas sem nenhuma manifestação de ordem emocional. Porém, é bem mais simples conceber que um bebê reaja assim. A criança sente necessidade de uma figura materna que pense por ela, que seja capaz de conter seus sentimentos, dando a eles um nome, um significado e uma resposta adequada. A perturbação nessa comunicação arcaica entre mãe e bebê deixam profundas marcas na capacidade do adulto de pensar e refletir sobre a dor psíquica.

Assim, na clínica com bebês, a escuta do discurso parental e a forma como esse discurso é posto em ação nos cuidados com o bebê e na relação que se estabelece entre eles possibilitam um melhor entendimento da produção sintomática do bebê (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). Entretanto, também é importante que se conheça como os pais traduzem o sintoma da criança, cuja expressão sintomática, muitas vezes, revela aos pais um bebê que lhes é estranho e enigmático. O sintoma do bebê, que é sempre de ordem relacional, pode representar uma ferida narcísica para os pais, remetendo às fantasias de incapacidade e de fracasso (Guerra, s.d.).

O problema do diagnóstico na primeira infância

Os sintomas psicofuncionais são entendidos como indicadores de problemas, passageiros ou persistentes, no nível das trocas interacionais entre pais e bebê. Dessa forma, é importante diagnosticar e tratar precocemente tais manifestações, pois esses sintomas podem, mais

tarde, se desenvolver e aparecer de forma muito mais grave (Batista-Pinto, 2004).

Entretanto, a detecção precoce de problemas na primeira infância e a consequente dificuldade do diagnóstico revelam um campo de pesquisa ainda incipiente e pouco explorado. Um dos problemas que se apresentam frequentemente é um certo desinteresse, e até mesmo uma resistência, em relação à aplicação de sistemas de classificação diagnóstica em saúde mental infantil. As críticas a essas tentativas frustradas de classificar e diagnosticar os problemas mentais da criança pequena passam por dificuldades que remetem às próprias especificidades desse fenômeno. Entre elas, podem ser citadas a influência das perturbações da relação pais-bebê na produção de perturbações psicopatológicas do bebê, o caráter preventivo das intervenções realizadas nesse contexto e o fato de a conduta terapêutica depender muito mais do funcionamento mental do bebê no quadro da sua relação com os pais do que das manifestações sintomáticas ou comportamentais que ele possa apresentar. Nesse sentido, percebe-se um cuidado redobrado, especialmente dos clínicos, em não sobrepor a necessidade de classificar o sintoma do bebê à necessidade de compreendê-lo em um contexto mais amplo (Gonçalves & Silva, 2003; Skovgaard *et al.*, 2004; Sturner *et al.*, 2007; Viaux-Savelon *et al.*, 2010).

Um estudo sobre os problemas de saúde mental em crianças de um ano e meio, realizado na Dinamarca, constatou que a prevalência e a distribuição de psicopatologia em crianças dessa faixa etária parecem corresponder à mesma distribuição em outras faixas etárias e reforçou que os distúrbios na relação pais e filhos desempenham uma posição-chave nos problemas detectados (Skovgaard *et al.*, 2007). Já um estudo realizado na França, com uma população clínica (Viaux-Savelon *et al.*, 2010), apontou o estresse dos pais, a psicopatologia materna e a disfunção familiar como fatores de risco para a manifestação de sintomas psicopatológicos no bebê. O estudo também revelou que as crianças menores de um ano encaminhadas para avaliação e intervenção em saúde mental constituem um grupo bastante heterogêneo em relação à gravidade dos sintomas e ao prognóstico, o que reforça a necessidade de

priorizar a compreensão de cada caso em detrimento da simples classificação.

A internação em unidade de tratamento intensivo neonatal: implicações psicológicas e manifestações sintomáticas no bebê

No Brasil, assim como em outros países, vem se observando um aumento significativo nos índices de sobrevivência de bebês nascidos em situações extremamente adversas. No sul do país, o índice de nascimentos prematuros aumentou de 6%, em 1982, para 7,5%, em 1993, e 15%, em 2004 (Silveira, Santos, Matijasevich, Malta, & Duarte, 2009). Tal tendência parece representar um desafio não apenas para os profissionais envolvidos nos cuidados ao bebê no período neonatal, mas também para toda uma sociedade que precisa acolher e aprender a conhecer, cada vez mais, os processos envolvidos no desenvolvimento psicossocial desses bebês sobreviventes (Cone, 2007; Doyle & Anderson, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (Datusus, 2011), muitas são as causas de internação de um bebê em uma UTI Neonatal. A prematuridade é a mais comum e pode ser entendida como a interrupção da gravidez antes de se completarem as 38 semanas de gestação (Allin, 2010). Entretanto, problemas como malformações congênitas do sistema nervoso, do aparelho circulatório, do aparelho digestivo, do aparelho geniturinário, deformidades congênitas do aparelho osteomuscular, anomalias cromossômicas, sífilis congênita, assim como problemas respiratórios transitórios e outras intercorrências associadas ao parto ou à doença gestacional materna também são exemplos de causa de internação neonatal.

Os momentos que cercam o nascimento parecem ter grande importância para o desenrolar futuro da relação entre o bebê e sua mãe. Estudos iniciais (Klaus & Kennell, 1993) não identificaram a existência de um período sensível logo após o parto, mas sabe-se que os bebês vêm ao mundo prontos para interagir com seus pais e estes, por sua vez, também estão aptos a iniciar uma relação afetiva com seus filhos.

Quando a mãe e o bebê ficam juntos depois do nascimento, tem início uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e

comportamentais, e muitos deles provavelmente contribuem para a ligação da mãe ao bebê, gradualmente unindo-os e garantindo o posterior desenvolvimento do seu relacionamento. Entretanto, quando a mãe recebe cuidados de rotina que incluem a separação total do bebê após vê-lo rapidamente em seguida ao parto, pode se sentir vazia, só, privada e preocupada com o filho. O ambiente mais propício para o estabelecimento de uma ligação afetiva entre pais e bebê inclui a oportunidade de a nova família estar junta logo após o nascimento e durante toda a internação hospitalar, além do apoio em relação aos cuidados com o recém-nascido (Klaus, Kennell, & Klaus, 2000).

A conduta de um pai ou de uma mãe em relação ao seu bebê é resultado de uma complexa combinação das respostas do bebê aos pais, da própria bagagem genética dos pais, da história de relacionamentos interpessoais dentro e fora da família, das experiências vividas nessa gravidez ou em anteriores e da cultura e educação recebida por cada um dos pais. A experiência do trabalho de parto, a separação entre mãe e bebê nos primeiros dias de vida, o temperamento do bebê e sua saúde, e as atitudes, práticas e afirmações da equipe de saúde no hospital também afetarão a conduta dos pais no puerpério e os padrões de interação subsequentes com o recém-nascido (Bowlby, 1989; Brazelton & Cramer, 1992; Donelli, 2003, 2008; Freud, 1926/1987; Klaus, Kennell, & Klaus, 2000; Smith, 2010; Spitz, 1998).

O nascimento de um bebê que necessita de cuidados hospitalares pode representar uma séria ameaça ao estabelecimento de um relacionamento saudável entre mãe e filho. Esse relacionamento estaria prejudicado, entre outros aspectos, pelo afastamento físico do bebê. A internação de um bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) e a consequente separação de mãe e bebê podem aumentar nas mulheres sentimentos de incapacidade e de impotência, que são frequentemente descritos como sensações de vazio e de perda (Brazelton, 1988; Lebovici, 1987), e incrementar os sintomas emocionais clínicos de ansiedade e depressão, ocasionando expectativas, reações e sentimentos negativos em relação ao bebê (Pinto, Padovani, & Linhares, 2009; Zelkowitz, Bardin, & Papageorgiou, 2007).

Além disso, sair da maternidade sem a barriga, e também sem o bebê nos braços, costuma ser uma tarefa árdua para as mães, que se veem obrigadas a ouvir palavras de conforto no lugar das habituais congratulações e de verem-se substituídas pelos cuidados hospitalares na função que lhes caberia em relação ao próprio filho. Ao mesmo tempo, a privação do contato físico entre mãe e bebê não ajuda a amenizar a angústia de ter gerado e parido um filho que necessita de cuidados especiais. O relacionamento de ambos está prejudicado, entre outros aspectos, pelo afastamento físico do bebê, que necessita permanecer numa unidade de cuidado intensivo neonatal (Brazelton, 1988; Lebovici, 1987).

O estudo de Battikha, Faria e Kopelman (2007) investigou as representações psíquicas maternas sobre o nascimento de um bebê com graves doenças orgânicas, tais como mielomeningocele, cardiopatia congênita complexa, encefalopatia hipóxico-isquêmica, malformação anorretal e genitália ambígua, atresia pulmonar, malformação cerebral (paquigiria) e perfuração e ressecção intestinal, partindo da premissa de que o nascimento de um bebê com doenças orgânicas graves tem profundas implicações na constituição do vínculo inicial mãe-bebê. Por meio de uma abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, individuais, com 11 mães no período de internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A análise dos dados revelou que o nascimento do bebê com alterações orgânicas exige um reposicionamento subjetivo materno, especialmente em função da perda do bebê idealizado e perfeito gestado pela sua imaginação, e a necessidade de ligação afetiva com um bebê muito diferente daquele sonhado e que, como complicador, ameaça não sobreviver. O diagnóstico médico pode ser tomado pelas mães como um destino traçado precocemente, ao mesmo tempo em que a negação desse diagnóstico pode indicar riscos para o desenvolvimento saudável da relação entre mãe e bebê. A história do vínculo mãe-bebê, que está se constituindo, pode ter diferentes desdobramentos e, segundo os autores, é indelevelmente influenciada pelas experiências iniciais de doença e internação hospitalar do bebê.

Além disso, segundo Lebovici (1987), dar à luz

um filho doente pode ativar na mulher fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o bebê. Nesse sentido, sentimentos de culpa podem acometer a mãe, que se sente responsável pelo sofrimento e pelo risco de morte imposto ao filho, e podem ter confirmadas suas expectativas de não dar conta da maternidade e de não ser capaz de ser mãe. Entre as repercussões psicológicas do nascimento de um bebê doente, podem também ser citadas a imposição de uma ferida narcísica e de sentimentos de fracasso e menos-valia, sentimentos de culpa e a crença de que o adoecimento do bebê é um castigo, quebra da onipotência experimentada por ocasião da gestação, e o reforço da sua impotência e de seus sentimentos de fracasso, principalmente quando necessita deixar seu filho sob os cuidados da equipe hospitalar, considerada mais capaz para cuidar do bebê (Brazelton, 1988; Korja *et al.*, 2010; Lebovici, 1987).

Autores como Batista-Pinto (2004) e Batista-Pinto, Graham, Igert e Solis-Poton (2002) também apontam a vivência de intervenções médicas no período neonatal como um fator de alto risco para o estabelecimento de uma relação não-saudável entre mãe e bebê. Nesse início da vida, o bebê encontra-se num estado de total dependência em relação ao ambiente que o cerca. Ele precisa de uma ponte que o ligue ao mundo e a si mesmo, para que possa passar desse estado de total dependência para um estado de dependência parcial ou relativa, até que alcance a independência, isto é, até que se torne viável como uma unidade independente. Para tanto, os relacionamentos iniciais são fundamentais (Winnicott, 1968/1999).

Estudos que investigaram o impacto do nascimento de um bebê prematuro ou doente, isto é, que necessitou de internação hospitalar e cuidados neonatais intensivos imediatamente após o nascimento, apontam alguns fatores como de risco para o desenvolvimento posterior da criança (Allin, 2010; Doyle & Anderson, 2010; Johnson *et al.*, 2010; Nobre, Carvalho, Martinez, & Linhares, 2009). Linhares *et al.* (2000) identificaram indícios sugestivos de problemas comportamentais e emocionais em uma amostra de 34 crianças nascidas prematuramente e avaliadas por meio dos testes de Raven, Desenho da Figura Humana e Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter. Os

autores sugerem que a situação ansiogênica vivenciada pela mãe em função da internação hospitalar do filho recém-nascido, e que inclui a separação do bebê, a preocupação com seu estado de saúde e sua sobrevivência, pode ter impacto negativo sobre as primeiras relações entre mãe e bebê, e influenciariam as representações iniciais sobre o filho e as expectativas futuras sobre seu desenvolvimento. Nesse sentido, as tentativas de poupar a criança de sofrimentos, o excesso de tolerância e a superproteção dos pais podem ser resultado de etapas iniciais da vida do bebê, cujos reflexos perduram no curso do desenvolvimento infantil (Brazelton, 1994; Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008; Linhares *et al.*, 2000).

O estudo de Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger e Muller-Nix (2006) aponta para a relação mãe-bebê como um dos fatores que podem agravar ou atenuar os efeitos potencialmente negativos da prematuridade, em particular relativas às competências e ao posterior desenvolvimento da criança. Foi observada, aos seis meses, a relação de 47 duplas de mães e crianças nascidas com 34 semanas de gestação, e comparadas com 25 duplas de mães e crianças nascidas a termo, por meio de interação livre codificada pelo *Care Index*. Esse instrumento avalia a interação mãe-bebê a partir de subescalas relacionadas aos comportamentos da mãe (sensibilidade, controle e ausência de resposta) e do bebê (cooperação, submissão, dificuldade e passividade). Aos 18 meses, as duplas foram avaliadas mediante uma entrevista semiestruturada com a mãe (*The Symptom Check List*), explorando quatro grupos de sintomas comportamentais: problemas de sono, de alimentação, sintomas psicossomáticos e distúrbios comportamentais e emocionais. Na mesma idade, foi utilizado a *Griffiths Developmental Scales* para avaliar o desenvolvimento infantil.

A sensibilidade materna e sua disposição para a interação com o bebê também foi associada a melhores resultados de desenvolvimento infantil. Por outro lado, a ansiedade materna aumentaria o risco para a criança, pois poderia interferir na capacidade materna de responder sensivelmente às demandas do bebê (Zelkowitz *et al.*, 2007, 2008). Além disso, o estudo de Schmücker *et al.* (2005)

também evidenciou que os bebês prematuros, filhos de mães com altos níveis de ansiedade, se mostram menos responsivos facialmente na interação com suas mães aos três meses de vida, atestando o prejuízo da ansiedade materna às primeiras relações entre mãe e bebê.

Além da ansiedade, o estado emocional geral da mãe revela-se um fator importante a ser considerado para o desenvolvimento infantil (Brum, 2006). O estudo de Pinelli *et al.* (2008) pretendia examinar, por meio de um delineamento longitudinal e de correlação, os indicadores de depressão, as mudanças familiares e as estratégias de enfrentamento de pais e mães de bebês nascidos doentes e que necessitaram de cuidados especializados no início da vida. Os autores enfatizam que a hospitalização de um recém-nascido é capaz de gerar altos níveis de estresse nos pais, comprometendo o funcionamento familiar e o desenvolvimento infantil. Os resultados desse trabalho apontam para uma mudança nos padrões das variáveis investigadas, ao longo do tempo, sendo que o período mais suscetível para que ocorram mudanças são os três primeiros meses após a alta hospitalar do bebê. Pais e mães apresentaram diminuição dos níveis de estresse e de depressão três meses após a alta hospitalar. Entretanto, 20% dos pais continuaram deprimidos nos nove meses subsequentes.

O estudo de Shaw *et al.* (2009) também enfatiza que a internação de um filho em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal pode incrementar os níveis de estresse, vindo, inclusive, a desencadear a Síndrome do Estresse Pós-traumático. Nesse sentido, faz-se necessário pensar sobre o impacto da internação de um filho recém-nascido em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal no desenvolvimento infantil, visto que esse último é um processo complexo perpassado também pelas interações precoces entre mãe e filho.

Segundo Batista-Pinto (2004), é importante considerar preventivamente as situações que possam representar uma ameaça ao estabelecimento de um relacionamento saudável entre mãe e bebê, considerando-se, especialmente, que as bases da subjetividade da criança são construídas a partir dos seus primeiros vínculos. Nesse sentido, as intervenções precoces para a

prevenção de distúrbios psicológicos posteriores em crianças e em seus pais em situação de risco deveriam ser iniciadas o mais cedo possível, a fim de possibilitarem efeitos positivos duradouros (Batista-Pinto, 2000).

A intervenção psicológica precoce pode incluir diversos procedimentos. Numa perspectiva psicanalítica, geralmente tem por objetivos identificar e descrever as dificuldades nas relações entre o bebê e seus pais, considerando o sofrimento da criança e dos pais, seja na persistência, no agravamento ou na origem dos sintomas, bem como detectar os fatores associados ao estímulo ou ao bloqueio do vínculo afetivo, favorecendo a superação dos conflitos; dessa forma, promovendo o desenvolvimento saudável da relação mãe-bebê e, conseqüentemente, do próprio bebê. Assim, tais intervenções pretendem ter um efeito preventivo e curativo dos distúrbios do vínculo e do desenvolvimento infantil (Batista-Pinto, 2000, 2004).

Considerações finais

A psicopatologia precoce, durante muito tempo desprezada como objeto de observação direta, pode contribuir para esclarecer quais fatores da relação mãe-bebê podem ser responsáveis pela sintomatologia atual (e também futura), pois a organização psicopatológica precoce remete a condições relacionais também precoces (Lebovici, 1987; Kreisler, 1978). Nesse sentido, a clínica com o bebê permite pensar em intervenções que atuem na redução ou desaparecimento do sintoma (caráter curativo) ou que impeçam possíveis agravamentos e o surgimento de distúrbios crônicos futuros (caráter preventivo) (Batista-Pinto, 2004).

Entretanto, o fato de esses transtornos não terem recebido toda a atenção que parecem merecer mantém inúmeras perguntas sem respostas. Apesar de algumas tentativas relatadas na literatura, ainda não se conhece a natureza, nem a incidência e tampouco a gravidade dos transtornos psicofuncionais em uma população usuária de serviços de saúde mental infantil em comparação com uma população não-usuária. Também não se conhece o índice de remissão espontânea desses sintomas, nem seu valor preditivo para transtornos futuros, e ainda menos

se sabe sobre a evolução futura do quadro em crianças tratadas e não-tratadas. Além disso, parece haver uma espécie de deslocamento do sintoma, muito mencionado nos relatos clínicos, mas que ainda carece de uma investigação sistemática (Robert-Tissot *et al.*, 1989). A revisão da literatura também evidencia uma preocupação dos estudos em encontrar instrumentos capazes de dar conta do problema do diagnóstico. Talvez, na tentativa de encontrar formas de avaliação que permitam embasar políticas públicas de assistência à saúde na primeira infância, sustentar a eleição de diferentes modalidades de intervenção precoce e, ainda, contribuir para a formação de profissionais competentes para atuar nesse novo território de intervenção.

Percebe-se, também, que muitos estudos sobre a criança pequena centram seus resultados predominantemente no bebê como um ser autônomo sem levar em conta os aspectos relacionais que são fundantes do seu psiquismo. Além disso, faz-se necessário, nos dias atuais, conhecer melhor os bebês sobreviventes de problemas e intercorrências graves que afetaram sua saúde no início da vida e demandaram cuidados intensivos, tendo em vista o aumento no número de internações neonatais, os avanços tecnológicos na área da neonatologia e a crescente possibilidade de sobrevivência de bebês enfermos. A literatura tem apontado diversos estudos que enfocaram o desenvolvimento motor e cognitivo dessas crianças. Mas as altas taxas de problemas de comportamento, as dificuldades de relacionamento e os sintomas precoces de problemas de desenvolvimento psíquico, e até mesmo as psicopatologias em curso já na infância, reforçam a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os fenômenos clínicos da primeira infância a partir de estudos empíricos. Além disso, e talvez provocados pela falta de estudos científicos sobre esse tema, os profissionais psicólogos que atuam em hospitais, especialmente em UTIs Neonatais e demais unidades de internação materno-infantil, carecem de modelos de intervenção consistentemente elaborados e adequadamente avaliados, para trabalhar com pais e bebês em situação de hospitalização.

A literatura também evidencia uma quantidade considerável de estudos sobre prematuridade, que

se preocuparam especialmente com o desenvolvimento cognitivo e comportamental de crianças nascidas com 37 semanas ou menos de gestação. Na mesma medida, observa-se uma carência de estudos que se ocuparam de bebês nascidos a termo e potencialmente saudáveis, mas que enfrentaram, ainda nos primeiros dias de vida, problemas clínicos que culminaram com a internação neonatal. Dessa forma, parece relevante se ocupar de bebês nascidos a termo, que manifestaram problemas de saúde transitórios e que, mesmo clinicamente saudáveis e sem sequelas físicas decorrentes da internação, revelem, ao longo do primeiro ano de vida, sintomas psicofuncionais. Nesse sentido, seria possível compreender melhor as repercussões da experiência de internação precoce no estabelecimento e desenvolvimento de um vínculo afetivo e relacional saudável entre mãe e bebê por meio da manifestação sintomática da criança.

Referências

- Allin, M. P. G. (2010). Preterm babies grown up: understanding a hidden public health problem. *Psychological Medicine*, 40, 5-7.
- Anzieu, D. (2000). *O Eu-pele* (Z. Yazigi & R. Mahfuz, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Batista-Pinto, E. (2000). Psicoterapia breve pais-bebê/criança. In C. M. F. Rohenkohl (Ed.). *A clínica com o bebê* (pp. 125-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457.
- Batista-Pinto, E., Graham, S., Igert, B., & Solis-Poton, L. (2002). Les enjeux de la parentalité avec l'enfant prématuré. In L. Solis-Poton (Ed.). *La parentalité: défi pour le troisième millénaire* (pp. 273-295). Paris: Presses Universitaires de France.
- Battikha, E. C., Faria, M. C. C. de, & Kopelman, B. I. (2007). As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(1), 17-24.
- Bick, E. (2002). The experience of the skin in early object relations. In A. Briggs & D. Meltzer (Eds.). *Surviving space: papers on infant observation* (pp. 55-59). London: Karnac Books. (Obra original publicada em 1968).
- Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação* (C. H. P. Affonso, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência* (P. D. Corrêa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1962).
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleichmar, S. (1994). A fundação do inconsciente: destinos de pulsão, destinos do sujeito. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brum, E. H. M. (2006). A depressão materna e suas vicissitudes. *Psycbê*, 10(19), 95-108.
- Cone, S. (2007). The impact of communication and the Neonatal Intensive Care Unit environment on parent involvement. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 33-38.
- Cordeiro, M. J., Silva, P. C. da, & Goldschmidt, T. (2003). Diagnostic classification: results from a clinical experience of three years with dc: 0-3. *Infant Mental Health Journal*, 24(4), 349-364.
- Cramer, B. (1993). *Profissão bebê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cramer, B. (1999). A técnica das terapias breves pais/crianças pequenas. In A. Guedeney & S. Lebovici (Orgs.). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp. 91-99). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Datasus. Recuperado em 13 janeiro, 2011, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>
- Debray, R. (1988). *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas.
-]Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Donelli, T. M. S. (2003). *O parto no processo de transição para a maternidade*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Donelli, T. M. S. (2008). *Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico: uma investigação sobre o parto através do Método Bick*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia,

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2010). Adult Outcome of Extremely Preterm Infants. *Pediatrics*, *126*, 342-351.

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, *118*(1), e107-e114.

Fraga, D. A. de, Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *21*(1), 33-41.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired mother-infant relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *14*, 387-421.

Freud, S. (1987). Inibições, sintomas e ansiedade (C. M. Oiticica, Trad.). In J. Salomão (Ed.). *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 95-204). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926[1925]).

Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In R. O. de Aragão (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 15-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gonçalves, M. J., & Silva, P. C. da (2003). A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, *1*(21), 13-21.

Guedeney, A. (1999). Introdução. In A. Guedeney & S. Lebovici (Orgs.). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp.11-15). Porto Alegre: Artes Médicas.

Guerra, V. (s.d.). *Transtornos do sono em bebês: a noite, os pesadelos e o sinistro no psiquismo parental*. [Trabalho original].

Jerusalinsky, J., & Berlinck, M.T. (2008). Leitura de Bebês. *Estilos da Clínica*, *13*(24), 122-131.

Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D., & Marlow, N. (2010). Psychiatric Disorders in Extremely Preterm Children: Longitudinal Finding at Age 11 Years in the EPICure Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(5), 453-463.

Kanner, L. (1972). *Psiquiatria infantil*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1993). *Pais-bebê: A formação do apego* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Klaus, M. H., & Klaus P.H (2001). *Seu surpreendente*

recém-nascido. Porto Alegre: Artmed.

Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência* (M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Klein, M. (1982). *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Kon, 2000.

Kon, N. M. (2000). Êxodo e desamparo. *Psychê*, *4*(6), 105-119.

Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2010). Infant behavior and development relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior & Development*, *33*, 330-336.

Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Estampa.

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lebovici, S. (1996). La transmission intergénérationnelle ou quelques considérations sur l'utilité de l'étude de l'arbre de vie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé. In M. Dugnat (Org.). *Troubles relationnels père-mère/bébé: quels soins?* (pp. 19-28). Ramonville St. Agne: Érès.

Lebovici, S. (1999). As consultas psicoterápicas. In A. Guedeney & S. Lebovici (Orgs.). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp.63-71). Porto Alegre: Artes Médicas.

Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Uorge, S. M. (2000, janeiro/julho). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia*, *10*(18), 60-69.

Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.

McDougall, J. (1991). *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Meltzer, D. (1971). *O processo psicanalítico: da criança ao adulto* (W. I. de Oliveira, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.

Nobre, F. D. A., Carvalho, A. E. V., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2009). Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano Pós-natal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *22*(3), 362-369.

Pinelli, J., Saigal, S., Wu, Y-W. B., Cunningham, C., DiCenso, A., Steele, S., Austin, P., & Turner, S. (2008).

- Patterns of change in family functioning, resources, coping and parental depression in mothers and fathers of sick newborns over the first year of life. *Journal of Neonatal Nursing*, 14, 156-165.
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 75-83.
- Ranña, W. (1997). Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In F. C. Ferraz & R. M. Volich (Orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica* (pp. 103-128). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ranña, W. (2004). A clínica com bebês: eixos da constituição subjetiva e modalidades de intervenção. In R. O. Aragão (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 59-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., Muralt, M. de, & Palacio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Symptom Check-List". In S. Lebovici, P. Mazet, & J.-P. Visier (Orgs.). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179-186). Paris: Eshel.
- Schmücker, G., Brisch, K.-H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H., & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423-441.
- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The Relationship Between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the Neonatal Intensive Care Unit. *Psychosomatics*, 50, 131-137.
- Silveira, M. F., Santos, I. S., Matijasevich, A., Malta, D. C., & Duarte, E. C. (2009). Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1267-1275.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Landorph, S. L., & Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age: A review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 337-346.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62-70.
- Smith, M. (2010). Good parenting: making a difference. *Early Human Development*, 86, 689-693.
- Spitz, R. A. (1998). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sturmer, R., Albus, K., Thomas, J., & Howard, B. (2007). A proposed adaptation of DC: 0-3r for primary care, developmental research, and prevention of mental disorders. *Infant Mental Health Journal*, 28(1), 1-11.
- Viaux-Savelon, S., Rabain, D., Aidane, E., Bonnet, P., Oca, M. M. de, Camon-Se'ne'chal, L., David, M., Couëtoux, F., Wendland, J., Ge'ardín, P., Mazet, P., Guedeney, A., Keren, M., & Cohen, D. (2010). Phenomenology, psychopathology, and short-term therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 242-253.
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56.
- Winnicott, C. (1994). *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1969).
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (J. O. A. Abreu & V. Nobre, Trad.). In D. W. Winnicott (Org.). *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1967).
- Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa* (P. Sandler, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1967).
- Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil (I. C. S. Ortiz, Trad.). In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1960).
- Winnicott, D. W. (1993). *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1999). A amamentação como forma de comunicação (J. L. Camargo, Trad.). In D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães* (pp. 19-27). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1968).
- Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e cuidados maternos (D. Bogomoletz, Trad.). In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1952).
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1956).
- Zelkowitz, P., Bardin, C., & Papageorgiou, A. (2007).

Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 296-313.

Zelkowitz, P., Feeley, N., Shrier, I., Stremler, R., Westreich, R., Dunkley, D., Steele, R., Rosberger, Z., Lefebvre, F., & Papageorgiou, A. (2008). The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birth weight infants. *BMC Pediatrics*, 26, 8-38.

Recebido em: 04/07/11

Aceito em: 02/12/11