

Revista EDUCAMAZÔNIA - Educação Sociedade e Meio Ambiente, Humaitá, LAPESAM, GISREA/UFAM/CNPq/EDUA – ISSN 1983-3423 – Ano 4, Vol 1, nº6, jan-jun, 2011, Pág. 87-101.

RELATO DE PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIO: INTERVENÇÃO PRECOCE MATERNO-INFANTIL EM SAÚDE MENTAL

Flaviana Estrela Maroja,

Telma Correa da Nóbrega Queiroz,

Astrid Bandeira Santos &

Cynthia Marden Torres

RESUMO: O programa “Intervenção Precoce em Saúde Mental” é um programa de extensão universitária, onde discentes de psicologia e de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) examinaram a eficácia de uma intervenção psicológica precoce, visando promover uma melhor aprendizagem da prática psicológica. O programa oferece um serviço às mães em situação de gravidez de risco e a crianças pequenas com dificuldades psicossociais e de desenvolvimento. Esse programa desenvolveu-se na maternidade, na unidade de terapia intensiva neonatal (UTI) e no serviço de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa. Foram realizadas observações e entrevistas, em profundidade, com díades mãe-bebê. A análise dos dados foi feita, de maneira qualitativa, através de estudo de casos. Concluiu-se que a experiência do programa de extensão teve valor positivo para a capacitação profissional dos alunos e a intervenção psicológica precoce foi benéfica para as mães e seus bebês.

Palavras-chave: Intervenção precoce. Relação mãe-bebê. Maternidade. Psicanálise. Extensão universitária.

REPORT OF A UNIVERSITY EXTENSION PROGRAM:

MOTHER-BABY EARLY INTERVENTION IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: The “Mother-Baby Early Intervention in Mental Health” Program is a university extension program, where students of UFPB can examine the effectiveness of an early psychological intervention, aiming to promote a better learning of psychological practice. It also offers a psychological service for mothers who has a high-risk pregnancy and for young children with psychosocial and developmental problems. This program was developed at the maternity and the neonatal intensive care unit of University Hospital Lauro Wanderley, in the city of João Pessoa (Brazil). Observations and interviews were made with mother-infant couples. We made a qualitative data analysis, through case studies and concluded that the experience of an extension program is positive for the professional training of students with benefits for the patients.

Keywords: Early intervention. Mother-baby relation. Maternity. Psychoanalysis. University Extension Program.

Introdução

No presente artigo, desejamos relatar a experiência de um programa de intervenção psicológica precoce. O projeto “Intervenção Precoce em Saúde Mental” desenvolveu-se no Serviço de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley (João Pessoa-Pb) e visava, essencialmente, a prevenção primária em saúde mental. Foi um trabalho desenvolvido com estudantes de Psicologia e Medicina da Universidade Federal da Paraíba, sob coordenação da professora Telma Queiroz. Ao final, discutiremos sobre a importância de uma experiência prática para a formação profissional dos discentes envolvidos.

O programa é composto de uma equipe interdisciplinar: enfermeiras, médicos, psicólogos e assistentes sociais que participaram de sua construção do mesmo, considerando que a interdisciplinaridade vem se constituindo um desafio necessário para um sistema de saúde eficaz. Sabemos ainda que as ações isoladas têm pouca efetividade e tornam-se mais dispendiosas, por isso, a troca entre as diversas profissões deve ser permanente entre os serviços que compõem a rede de saúde (Moreira e Pellizzari, 2009).

O que é uma Intervenção Precoce?

Sabemos que a prevenção, de modo geral, é fundamental para a evolução dos sistemas de saúde. Os países desenvolvidos dedicam especial atenção a essa questão, com programas de vacinação, despistagem precoce de doenças e campanhas de conscientização para possíveis riscos de contaminação. Quanto à prevenção de riscos psicopatológicos, existem poucos programas de saúde mental precoce no Brasil. Em países europeus, este tipo de programa é feito desde a maternidade, através de unidades de psicopatologia perinatal.

A intervenção psicológica precoce constitui uma prestação de serviços à comunidade, visando o atendimento psicológico de mulheres grávidas ou crianças nos primeiros anos de vida, a fim de “prevenir” possíveis riscos psicossociais (pobreza extrema, doenças orgânicas graves) ou de desenvolvimento (sensório-motor, linguagem, aprendizagem, risco autístico ou psicótico). Consideramos, assim, que a forma como o

bebê é acolhido no mundo, em sua família e na sociedade é determinante para a sua futura saúde integral.

A prática clínica tem demonstrado que uma intervenção primária e pontual deve ser feita antes dos 3 anos de vida, momento em que a criança tem grande permeabilidade cerebral para as inscrições simbólicas (Jerusalinsky, 2006; Moreira e Arruda, 2011). Assim, a intervenção precoce pode ser considerada como atrativa para a infância desfavorecida, sendo uma das maneiras mais eficazes e menos dispendiosas de prevenção de doenças mentais (Queiroz, 2004).

Vários teóricos (Bick, 1945; Klein, 1952; Winnicott, 1971; Mahler, 1971) contribuíram para o desenvolvimento de métodos de observação de bebês e investigaram sobre a relação mãe-bebê em diferentes contextos como: cotidianos, hospitalares, separações devido à guerra, creches, escolas, entre outros. Ainda, o papel da interação mãe-bebê e sua influência no desenvolvimento afetivo e social da criança têm recebido atenção de muitos pesquisadores (Golse, 1992; Stern, 1997; Jerusalinsky, 2006).

Os trabalhos de Piontelli (2000) sobre a personalidade do feto confirmam que, desde a gestação, os bebês apresentam temperamentos que serão muito parecidos quando nascerem. Demonstrando assim que a vida psíquica de fato não “nasce” no nascimento, mas meses antes.

Assim, é preciso reconhecer a subjetividade do recém-nascido. O recém-nascido já vem ao mundo imerso em uma cultura; seus pais têm suas origens, suas histórias e seus traumas. As palavras ajudarão o bebê a ocupar um lugar na sociedade. As palavras dirigidas ao bebê lhe permitem dar sentido ao que ele está vivendo (Szejer, 1997).

O programa “Intervenção precoce em Saúde Mental”

Os atendimentos foram realizados de agosto de 2005 a dezembro de 2006. No total, foram observadas mais de 50 díades mãe-bebê. As entrevistas foram feitas no setor de puericultura ou na maternidade com cada dupla mãe-bebê e variaram de vinte minutos à uma hora e quinze minutos. Cada caso aqui relatado foi visto, em média, três vezes.

Os objetivos gerais desta experiência foram os seguintes: identificar sinais de sofrimento psíquico precoce ou dificuldades na díade mãe-bebê; avaliar a dinâmica do casal com a chegada do bebê. Nós procurávamos observar, principalmente, o acolhimento do bebê pela mãe na maternidade e, como se estabeleceu a relação após o parto.

O serviço era proposto às mães com gestações de risco ou a partir de uma indicação das enfermeiras ou fisioterapeuta, e aos bebês, encaminhados pelos pediatras, que apresentavam sintomas do tipo insônia grave, dificuldades de amamentação, grande prematuridade, hiperatividade ou risco autístico.

Em se tratando da metodologia, o trabalho constava de atividades clínicas, uma reunião teórica e uma supervisão semanais juntamente com a coordenadora do projeto (Telma Queiroz). A análise qualitativa de casos foi feita a partir das discussões em grupo e, baseada na teoria psicanalítica.

A observação das interações mãe-bebê é inspirada no método Esther Bick, criado em 1945, na clínica Tavistok, em Londres, com algumas variantes introduzidas para esse projeto, tais como as intervenções feitas pelo observador que não constavam no modelo original.

Bick (1964) (citado por Perez-Sanchez, 1983) afirma que a experiência de observação de bebês é importante por diversos motivos, principalmente porque proporciona uma compreensão mais clara da experiência infantil dos pacientes para os estudantes, um melhor entendimento do comportamento não-verbal da criança e suas brincadeiras e, também para ajudar o estudante a entender como conduzir uma entrevista com a mãe e a compreender os dados da história da criança que é contada por um de seus pais ou ambos.

Após a observação de bebês, era feita uma intervenção, se necessária, seguindo os ensinamentos de Dolto (1977). Para ela, o instrumento mais precioso é a fala e a escuta dos bebês e suas mães. Dolto fazia intervenções diretas para o bebê, traduzindo o seu sofrimento psíquico em palavras, já que ela considera o bebê desde a gravidez como um ser de desejo, ou seja, um sujeito ativo e passível de sofrimento psíquico.

Para a autora, o tratamento psicanalítico do bebê permite contar-lhe a origem do seu sofrimento, verbalizando o que provoca uma falha no processo de simbolização que se expressa, num primeiro momento, através do sintoma. As palavras são dirigidas diretamente a ele, designam-no como sujeito e oferecem-lhe a possibilidade de habitar seu corpo: não se trata de consolar e muito menos reparar, mas de simbolizar o sofrimento reordenando a história, de modo que a criança tenha assegurada sua identidade através de sua origem e possa assumir sua posição de sujeito ativo.

Dolto acreditava, a partir de sua experiência clínica, que uma palavra dirigida a um recém-nascido que ainda não fala pode ter efeitos terapêuticos. Aconselhava aos pais que falassem com a criança de tudo o que lhes dissesse respeito, de "falar a verdade", desde o seu nascimento. Ela afirma, enfim, que a criança suporta qualquer verdade.

Para melhor ilustrar como é feita uma intervenção precoce, segue-se abaixo dois casos analisados.

M., 30 anos, deu à luz de parto cesáreo a A., menino com 2940g e 48 cm com o Apgar ao nascer 9/10. Esses dados indicam que o bebê estava saudável, do ponto de vista físico.

A observação da dupla mãe-bebê foi feita com uma interna de medicina que examinava o bebê. A mãe queixou-se que o seu bebê "tá com preguiça para mamar", não chorava muito e ainda dormia bastante. M. pediu para que a interna observasse se este bebê tinha fimose, pois seu filho mais velho nasceu com esse problema. Seu primogênito pegava muito no seu "pintinho" e a mãe atribuía isto à fimose. Ela reclamava muito com ele a respeito disto. A interna examina e afirma o quanto ele era forte e saudável. M. passara toda a consulta a perguntar sobre a saúde do mesmo e tirando dúvidas sobre o nascimento.

M. compara o segundo filho com o primeiro de dois anos, de forma repetida, o que fez a interna de medicina dirigir uma palavra ao bebê: "Sua mamãe tá querendo que você seja igual a seu irmãozinho, mas você não é!". A mãe justificou-se dizendo que A. nem chorava e era tão preguiçoso que jamais poderia ser como o primogênito, e continua o resto da consulta comparando-os. M. queixou-se bastante que o seu bebê não

chorava muito e nem era muito forte, só ficava fazendo “ã, ã, ã”. Ela afirma conversar pouco com seu filho.

A observadora do programa de Intervenção precoce perguntou a M., então, por que ela estava preocupada com a nota do bebê (o Apgar). Ela disse que achava que seu filho iria nascer um pouco frágil e iria para incubadora, pois nasceu antes do tempo (o parto estava previsto para duas semanas depois). Mas, agora está se “convencendo” de que ele nasceu saudável, tendo o achado muito “miudinho”.

M. “não tinha planejado” a segunda gravidez, pois ainda estava amamentando o primeiro. Então, ela deixou de amamentá-lo, mas ficou triste pois queria tê-lo amamentado até uns dois anos. O desmame foi feito devagar, porém com dificuldades. A mãe teve a seguinte idéia: disse que estava com o seio “dodói” e colocou um adesivo. A criança, então, parou de mamar, pensando que o seio era nojento, segundo ela. Mas, ele continuou com um hábito de pegar no seio da mãe, bem como no do pai. Quando ambos não deixavam, ele ficava pegando no seu próprio peito até adormecer.

Em relação às expectativas quanto à imagem do bebê, M. imaginava que este filho seria igual ao anterior, inclusive no que se referem às características físicas. A observadora pontuou novamente que ele era diferente do outro, cada pessoa tem suas características individuais. Ela respondeu que “ele é diferente em tudo como cabelos, cor de pele e olhos”, parece com a família paterna.

M. comparou novamente no decorrer da conversa os seus dois filhos: “O outro é mais agitado. Tudo quer saber. Não tem paciência, joga as coisas no chão. Ele tá hiperativo. Acho que perdeu espaço. A mamada já foi a primeira perda. O pai estava me ajudando com ele. Mas, eu sempre tava dando atenção. Comprava algo para o bebê e para ele também”.

Em relação a M., sabemos que ela tem duas irmãs e três irmãos, e é uma filha adotiva que cresceu sabendo disso. Ela não sabe quem é sua mãe biológica, nem com que idade foi adotada, nada de sua história anterior. M. é um pouco afastada da família, falando apenas com sua irmã mais velha, com maior frequência. Seu marido é gráfico e ela é professora. Ela decidiu que não voltaria para o trabalho naquele momento, pois queria dedicar-se aos filhos.

No final, a observadora pediu para conversar com o bebe. Ele tinha defecado, mas não chorava e permaneceu quieto durante toda a observaao. Foi feita a seguinte intervenao: “A., eu conversei com sua mamãe e ela disse que não escuta você chorar. Mas, você precisa chorar. Não muito, nem toda hora. Não precisa ser igual a seu irmãozinho, pois mamãe vai ter paciência para aceitar você do seu jeito. Mas, precisa avisar a mamãe que algo está incomodando como o ‘coco’, a vontade de mamar e/ou de estar juntinho dela, ou o frio”. A. imediatamente começou a chorar muito forte. M impressiona-se e diz: “Eita! Ele chorou mesmo agora”.

Após mais duas observaoes e intervenoes, a mãe começa a olhar, a falar e interagir mais com seu filho. Pode haver, enfim, um encontro entre esta mãe e seu bebe.

M. era uma mãe ansiosa, perguntava bastante sobre a saúde do bebe, e, provavelmente, associa o choro à vida. Portanto, seu bebê, muito quieto, deveria chorar como sinal de que estava forte. O choro também significa uma forma do bebe se comunicar com a mãe, o que de certa forma, é conhecida como a linguagem do bebe. Durante a primeira observaao, que durou mais de uma hora, ele permaneceu acordado, mas calado. O sorriso imóvel ou imutável de crianças que não se manifestam ou reagem, muitas vezes, pode ser interpretado como um sinal positivo, de bem-estar. Porém, parece corresponder ao abandono de toda reivindicaao a um desejo próprio e diferenciado.

Essa cessacao do apelo (abandono da tentativa de se fazer escutar) ou o mutismo completo, nos bebês que são considerados “fáceis de cuidar” são sinais de sofrimento da série dita “silenciosa”. A apariao desses sinais são raros e traduz sofrimento grave (Cullere-Crespin, 2004).

Outro aspecto é a comparaao entre irmãos. Sabemos ainda que um bebê anuncia, então, sua existência no psiquismo dos pais muito antes do nascimento e os projetos e expectativas que envolvem a sua chegada preparam o lugar para acolhê-lo. Esses aspectos são diversos e importantes de serem compreendidos, pois são palavras que preparam o espaço do bebe, e, portanto, participam da relaao após o nascimento. As expectativas são consideradas negativas quando não há espaço para o bebê assumir sua própria identidade, isto é, quando a mãe não consegue aceitar a singularidade de seu filho e abandonar sua carga macia de projeoes (Szejer e Stewart, 1997).

A mãe o comparava constantemente com seu primogênito, como se aquele bebê tivesse sido esperado como uma “cópia” do irmão que tinha o mesmo nome do seu marido e pai de ambos. Ao final, foi pontuada a diferença entre os dois irmãos e a mãe pôde ver as peculiaridades de cada um de seus filhos. Ela afirmou que iria conversar mais com o bebê. Depois da conversa da observadora com o bebê, ele manifestou-se, chorando, de forma que a mãe pôde percebê-lo.

M. tem uma lacuna na sua história de vida. Ela não sabe por quem foi gerada nem o motivo e data de seu abandono. A gravidez e o pós-parto devem relembra-la deste abandono precoce, um possível trauma. Lacan (1971) afirma que o sintoma da criança está ligado ao sintomático nos pais. Portanto, a questão do abandono no passado deve ser contada para este bebê.

Szejer (1999) assinala que quando a história dos pais e do bebê é relatada e revivida na presença deste, o sintoma, no mais das vezes, desaparece como por magia. Neste caso, a interpretação foi feita diretamente à criança, mas muitas vezes ela pode endereçar-se ao pai, à mãe, ou seja, apenas a circulação em palavras do drama que os habita permite que algo se desate.

Discutiremos, em seguida, o caso de G., uma mãe em sofrimento psíquico que chamou atenção da equipe do berçário.

G., 30 anos, é mãe de E., nascido aos 8 meses, de cesariana, passou 13 dias na U.T.I. devido a dificuldades respiratórias. Após o parto devido a uma pré-eclâmpsia, teve duas paradas cardíacas e uma convulsão. G. também sofreu uma parada cardíaca durante o parto difícil e que demorou mais de três horas. G. já perdera um bebê natimorto quando sua gestação estava com cinco meses devido a uma hipertensão arterial, no ano anterior a essa gravidez. Ela disse ter chorado por três meses, sem parar.

A primeira observação é feita quando E. ainda está na U. T. I. G. nos conta que está muito receosa de perder também este bebê. A prolongada hospitalização de E. deixou G. ainda mais ansiosa. E. é um bebê tranquilo.

G. conversa com seu bebê e fala que ele tem que melhorar para ir embora logo. Ela diz que só amamenta E. duas vezes ao dia para não “cansá-lo”. Ela tem certeza de que seu bebê é como ela, e tem sopro no coração. G. passa o dia no berçário para ficar

junto de E., pois tem medo de ele ter outra parada e falecer. Portanto, ela “fica lá 24 horas cuidando dele”, não dormia bem e acordava várias vezes para ir olhá-lo no berçário e verificar sua respiração. Ela disse que já sonhou duas vezes com a morte do bebê.

A observação seguinte é feita quando o bebê já está no quarto com a mãe e ambos estão bem. G. está mais tranquila porque E. está ao seu lado. Ele dorme bem e mama também, chora pouco. G. está esperando a sua saída do hospital e pergunta todos os dias quando sairá. Seu comportamento varia muito. Ora está dormindo mal e ansiosa, ora está tranquila e esperançosa de sair.

G. é uma mãe nervosa, tem pesadelos e demonstra uma atenção excessiva com o bebê. Esse comportamento pode nos fazer pensar em uma culpabilidade. Estar todo o tempo disponível, mostrando-se uma mãe perfeita, para talvez (a)pagar pela morte do primeiro filho. A gravidez de G., marcada por esta morte perinatal, foi uma gravidez triste e angustiada, ela não conseguiu superar a perda, mesmo depois de um ano após o acontecimento.

A cessação de uma gravidez é sempre um choque, pois onde era esperado dar-se a vida, deu-se uma morte. Após um aborto segue-se um trabalho de luto, que poderá trazer maior ou menor sofrimento, conforme a relação da mulher com este bebê, que não chegou a nascer. G. parecia olhar para E. como um bebê que poderia morrer, como o seu primeiro filho, desde a gestação. Squires (1999) pesquisou sobre a gravidez seguinte a um aborto e afirma que muitas gravidezes após uma morte perinatal são gestações na sombra da precedente, portanto um trabalho psicoterapêutico é desejável.

Squires (2004) observa ainda que estas mulheres engravidam rapidamente depois do aborto, de modo a substituir o bebê perdido. Elas evocam o parto como a melhor experiência de suas vidas e concomitante à que mais as assutou. O parto de G., feito às urgências e com diversas complicações, reatualiza ainda mais a perda do primeiro filho e do primeiro parto difícil.

A intervenção precoce nesse caso foi de fundamental importância para permitir a G. de falar da sua primeira gravidez e dessa perda, a fim de que ela possa separar esses dois momentos e possa constituir uma relação com seu filho vivo. Porém, dada a

gravidade da situação, este caso recebeu indicação para um acompanhamento por uma psicóloga, no setor de puericultura após a saída da maternidade.

Será que é melhor prevenir do que remediar?

Em psicanálise, não podemos falar de previsão, mas podemos pensar em prevenção. A investigação psicanalítica, apesar de algumas opiniões controversas, mostra que estudar as etapas mais precoces da infância ajuda a entender os sintomas mais graves do sujeito. Quanto mais crônico e invalidante for o sintoma, mais arcaica é sua origem (Queiroz, 2004). Portanto, é de grande relevância reconhecer um sintoma o mais cedo possível, para maiores chances de cura no tratamento, como nos casos de crianças com risco autístico.

Mesmo sabendo que a maioria das crianças tem uma tendência espontânea ao desenvolvimento, sua evolução pode sofrer alterações por uma dificuldade de elaborar psiquicamente seus conflitos, o que ocasiona o sintoma. Portanto, o trabalho psicanalítico pode oferecer possibilidades para uma elaboração da angústia da criança e, assim, ela pode continuar com seu processo de maturação (Safra, 2005).

O nosso trabalho almejava trazer as histórias parentais traumáticas à cena clínica com o bebê e ressignificá-las para os pais. Também era do nosso interesse compreender a dinâmica das relações da díade mãe-bebê, e, por outro lado, captar e passar para o bebê e, muitas vezes, na direção da mãe, procurando garantir a construção do laço mãe-bebê.

As perturbações psíquicas precoces, tais como hiperatividade, insônia, anorexia, podem ter graves consequências no futuro de uma criança. Essas consequências atingem tanto a criança, quanto a sua família e a sociedade, causando um enorme sofrimento para as pessoas, além do enorme prejuízo financeiro que acarreta. Por que não agir, então, no momento de origem desses sintomas? Dessa forma, uma intervenção precoce evita tratamentos pesados pela vida inteira, tratamentos que não curam e causam enorme sofrimento para o paciente e sua família, além de serem onerosos para o Estado.

Reconhecemos ainda que a intervenção precoce é um trabalho qualitativo e subjetivo, sendo a observação direta, segundo Perez-Sanchez (1983), uma experiência emocional, ou seja, essa observação da mãe com um bebê e seu meio é subjetiva, parcial, incompleta e questionável. Entretanto, vários estudos (Jerusalinsky, 2005; Laznik-Penot, 1994; Moreira e Arruda, 2011) comprovam, através de pesquisas quantitativas e qualitativas, os benefícios da intervenção precoce.

A importância de um diálogo entre a teoria e a prática

Tanto a Organização Mundial da Saúde, como os Ministérios da Saúde e da Educação no Brasil e outros organismos têm se preocupado com o distanciamento entre o mundo acadêmico, as necessidades de saúde das populações e a prestação real dos serviços, considerando ser este um dos fatores da crise do setor da saúde (Moreira e Pellizzaro, 2009).

A idéia desse projeto de extensão é uma proposta de ensino prático aos estudantes da UFPB, mas ainda uma oferta de serviço psicológico aos pacientes do Hospital Universitário. Portanto, há um duplo benefício. O programa “Intervenção Precoce em Saúde Mental” foi um recurso importante no tratamento de mães e da população infantil que apresentava sofrimento psíquico.

Constituiu-se, ao mesmo tempo, um polo de pesquisa, pois os casos são permanentemente articulados com a teoria, e esta articulada com a clínica. É um trabalho inovador, pois existem poucos centros no país que se dedicam à clínica precoce, utilizando o referencial psicanalítico.

Enfim, este programa tem valor indelével para a formação dos participantes de um conhecimento introdutório, porém rico e profundo, sobre a maternidade e a infância. Portanto, é desejável um maior incentivo, por parte das políticas públicas, aos projetos universitários de extensão financiados.

Agradecimentos

Ao financiamento do projeto através de bolsas de iniciação científica do Probox e Pibic, pela Capes.

À equipe da maternidade, em especial a Madalena Burity, Ailma e Nilza.

Referências

CULLERE-CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DOLTO, F. **Psicanálise e Pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1977.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o Futuro não Vem: A Psicanálise na Clínica Interdisciplinar com Bebês**. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, J. Um Olhar que faz Diferença. **Revista Mente & Cérebro**. São Paulo. n. 3, p. 30-35, 2006.

GOLSE, B. **Le developpement affectif et intellectuel de l'enfant**. Collection Médecine et Psychotérapie. Paris: Masson, 3. ed., 1992.

KLEIN, M. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê in Klein, M. **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

LAZNIK-PENOT, M. C. **O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas**. Coleção psicanálise da criança, Salvador: Ágalma, 1994.

MAHLER, M. **Psychose infantile**. Paris: Payot, 1977.

MOREIRA, K. ARRUDA, A.A.A. Programa de Intervenção Precoce em saúde mental sob a perspectiva psicanalítica e abordagem interdisciplinar. **Biofar**, Campina Grande, v. 5, n. 1, 2011.

MOREIRA, B., PELLIZZARI, I. Educação em Saúde: um programa de extensão universitário. **Revista Textos & Contexto**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p. 156-171, jan./jun. 2009.

PEREZ-SANCHEZ, M. **Observação de Bebês: Relações Emocionais no Primeiro Ano de Vida**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

PIONTELLI, A. L'observation du foetus in GEISSMAN, C., HOUZEL, D. **L'enfant, ses parents et la psychanalyse**. Paris : Bayard, 2000.

SAFRA, G. **Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica da criança**. São Paulo: Edições Sobornost, 2005.]

SQUIRES, C. L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante. Cliniques méditerranéennes, v. 1, n.69, p. 269-288, 2004.

SZEJER, M. **Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SZEJER, M., STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

QUEIROZ, T. **A técnica psicanalítica com bebês**. Iº Encontro Nordeste de Psicanálise e Clínica com o bebê. Anais. Campina Grande, 2004.

QUEIROZ, T. Entrando na Linguagem. **Estilos da clínica: Revista sobre a infância com problemas**, v. 8, n. 15, 2005.

WINNICOTT, D. **La consultation thérapeutique et l'enfant**. Paris: Éditions Gallimard, 1971.

Recebido em 4/9/2010. Aceito em 3/12/2010.

Sobre as autoras

1 Psicóloga clínica. Especialista em “Psicologia e psicopatologia da perinatalidade e do bebê” pela Université Paris Descartes 5. Mestre em “Medecina Científica, psicopatologia e Psicanálise” e doutoranda em “Pesquisas em Psicanálise” pela Université Paris Diderot 7.

2 Psicanalista, psiquiatra, professora da UFPB. Doutora em Psicopatologia e Psicanálise pela Université Paris Nord 13.

3 Psicóloga clínica. Mestre em “Clínica da criança e do adolescente; psicopatologia e psicanálise; clínica transcultural” pela Université Paris Nord 13.

4 Psicóloga clínica. Mestre em “Psicopatologia Fundamental e Psicanálise” pela UNICAP.

Contatos:

Flaviana Estrela Maroja 1

Endereço para correspondência: 160, Rue Jeanne d'Arc, 75013, Paris - França

End. eletrônico: flaviana_estrela@hotmail.com

Telma Correa da Nóbrega Queiroz 2

End. eletrônico: telmacnqueiroz@gmail.com

Astrid Bandeira Santos 3

End. Eletrônico: astridbs@hotmail.com

Cynthia Marden Torres 4

End eletrônico: Cynthia.marden@gmail.com