

Educação a Partir do Nascimento... ou Antes? A Importância do Período Intra-Uterino e dos Primeiros Meses de Vida: questões de transdisciplinaridade e multiprofissionalidade

Maria Elena Girade Corrêa

Pedagoga; mestre em Educação pela Universidade de São Paulo (USP).

Laurista Corrêa Filho

Médico neonatologista; especialista em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade René Descartes – Paris V.

Os autores são vice-coordenadores do curso de especialização em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

Nascem cerca de 240 mil crianças por dia no mundo.
Nascem cerca de 8 mil crianças por dia no Brasil.
Portanto, temos 240 mil oportunidades de mudanças por dia no mundo e 8 mil oportunidades de mudanças por dia no Brasil.
Como tornar realidade estas oportunidades?
Como tornar efetivas estas mudanças?

(dos autores)

No limiar de um novo século, de um novo milênio, expectativas de mudanças, esperanças, a certeza de que em relação à raça humana algo tem que ser diferente...

Nossos valores: a autonomia, a solidariedade, a cooperação, o espírito de grupo, o convívio com as diferenças e as mudanças muito rápidas, a iniciativa, a criatividade são a cada dia questionados pela situação da realidade brasileira e mundial e nós que, persistentemente, acreditamos na possibilidade de menos violência, menos barbárie, insistentemente buscamos caminhos diferentes para a paz, para a solidariedade e para a dignificação do homem.

No momento que a nossa própria integridade e segurança física e psicológica é freqüentemente ameaçada, nos juntamos àqueles que vêm, numa atenção adequada ao início da vida, um dos caminhos para a mudança tão desejada, no que se refere à qualidade de vida de nossas crianças, nossas famílias, nossa sociedade.

Começar da concepção do bebê, do preparo consciente da parentalidade (maternalidade e paternalidade), pode fazer a diferença.

Cada fim de século, afirma Bernard Golse (1998), suscitam, em nós, angústias existenciais particulares. Assim, enquanto o final do século 19 assistiu à busca do que existia no interior das pessoas e das coisas, através do desenvolvimento da psicanálise com Sigmund Freud e da descoberta dos Raios X por W. C. Roentgen, os últimos trinta anos do século 20 viram os homens fascinados pelas origens: do Universo, da vida biológica, da aquisição do conhecimento,

da emergência do pensamento e da psiquiatria do bebê. Assim, além de buscar respostas sobre como nasce a vida física, também se procurou saber sobre as origens da vida psíquica na espécie humana.

A França desempenhou um papel importante nesse movimento e desde 1991, após uma Jornada de Psiquiatria Fetal, no Instituto de Puericultura de Paris, fizemos nossas primeiras incursões na psicologia e na psicopatologia do bebê, começando a discutir a vida psicofísica do feto como a primeira etapa do ciclo vital.

Fomos conhecendo, nos comunicando, participando de associações nacionais e internacionais de Medicina, Psicologia e Educação Pré e Perinatal, dentre elas, as seguintes: Sociedade Internacional de Estudos de Psicologia e Medicina e Medicina Pré e Perinatal (ISPPM), fundada em 1971, com sede em Heidelberg, Alemanha; Associação Norte-Americana de Psicologia Pré e Perinatal (AAPAH), fundada em 1982, com sede no Canadá; Associação Mundial de Saúde Mental da Infância (WAIMH), de Michigan, Estados Unidos; Organização Mundial das Associações para a Educação Pré-Natal, (Omaep), criada em 1993, com sede na Itália; Associação Nacional de Educação Pré-Natal (Anae/Itália), que gerencia a Escola Internacional de Educação Pré-Natal, em Milão; Centro de Estudos Eva Reich, que oferece o Pronto-Socorro Emocional Neonatal, em Roma, Itália; A Causa dos Bebês, fundada em 1995, em Paris, França; Associação Brasileira de Estudos do Psiquismo Pré e Perinatal (Abrep), fundada em 1990, em São Paulo, Brasil; e Organização Mundial para a Educação Pré-Escolar (Omep/Capítulo Brasil), atualmente com sede em Belo Horizonte (MG).

Em Brasília (DF), formamos o Centro Brasiliense de Estudos do Bebê em 1992 e organizamos, em 1997 e 1998, cinco Encontros Regionais sobre o Desenvolvimento do Bebê, no Hospital Materno-Infantil de Brasília, com o apoio da Sociedade de Pediatría de Brasília. Esses Encontros culminaram na organização de um curso regular de especialização, em nível de pós-graduação em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê, que faz parte do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Esse curso se inspirou no Curso de Psicopatologia do Bebê, que se desenvolve na Universidade de Paris XIII, em Bobigny. Conta com o apoio financeiro da Embaixada da França no Brasil e com um suporte técnico da Universidade de Paris VI, recebendo a colaboração de quatro professores franceses por ano.

Com 120 participantes entre médicos obstetras e pediatras, enfermeiros, educadores, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, o curso tem sido um verdadeiro "canteiro de obras" no gigantesco trabalho de construção de propostas de estruturas de atendimento à criança, da concepção aos 3 anos, desde hospitais, centros de saúde, creches de vários tipos, centros especializados de atendimento e, como não poderia deixar de ser nesta faixa etária, a família.

Há um fio condutor nesse universo transdisciplinar: a abordagem consiliente, isto é, polifatorial do desenvolvimento da criança e a ênfase no aspecto relacional bebê-pai-mãe-família-grupo social. A dimensão relacional do desenvolvimento da criança é discutida no curso em relação a três itens: os dados da realidade brasileira, as contribuições atuais das ciências na área do bebê e o tipo de profissional para atender essa criança.

Neste trabalho vamos proceder da mesma forma, mas abordaremos sumariamente o primeiro item e nos deteremos, sobretudo, nos dois últimos.

Alguns aspectos da situação da saúde e da educação da criança até 3 anos de idade

Para citar alguns dados,¹ temos no Brasil:

– Dos cerca de 3 milhões de nascimentos por ano, 90% são realizados em meio hospitalar e apesar de 85% das gestantes

¹ Dados oficiais dos ministérios da Saúde e da Educação, de 1999, referentes aos anos de 1996 e 1997.

terem feito algumas consultas pré-natais, a mulher brasileira tem 20 vezes mais chances de morrer no parto ou de complicações da gravidez, do parto e do pós-parto que uma mulher americana, por exemplo.

– 10% a 15% de mães sofrem de depressão pós-parto.

– Cerca de 270 mil crianças (8% a 10%) nascem com baixo peso, apresentando 18 vezes mais chance de morrer até 1 ano.

– 60% das crianças que morrem no primeiro ano morrem no primeiro mês.

Distinguem-se como fatores de risco: gravidez na adolescência; baixo peso do bebê; baixa escolaridade das mães e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto.

Quanto à situação da educação infantil das 12 milhões de crianças até 3 anos, apenas 11% são atendidas em creches ou pré-escolas. Temos, então, 10,7 milhões de crianças de até 3 anos de idade sendo atendidas, ou não, só nos seus próprios domicílios.

Alguns aspectos da contribuição das ciências para a compreensão do bebê

O casal grávido e a formação da parentalidade

A crise existencial da gestação

Uma vida nasce no ventre de uma mulher. Em 25 semanas, essa célula microscópica cresce e se torna um feto que pesa cerca de 500 gramas e que já tem 100 bilhões de células cerebrais. Nas próximas 15 semanas, vai crescer ainda cerca de sete vezes. Nunca mais o ser humano vai crescer tanto em tão pouco tempo, ou seja, cerca de 50 cm em nove meses.

Tão espetacular como a evolução física na constituição de um bebê é a revolução psicológica que ele causa na mãe, no pai e na família, revolução tão completa que pode assemelhar-se a um estado psicológico transitório, uma organização psíquica especial, e que Daniel Stern (1997) descreveu como "Constelação da Maternidade".

A maternidade e a paternalidade são conquistas psicológicas

O nascimento de um bebê conduz a outro nascimento: o de uma mulher a uma mãe, o de um homem a um pai. A maternidade e a paternalidade são uma conquista psicológica para a qual homem e mulher podem se habilitar. Não se nasce sabendo ser pai e mãe, mas pode-se aprender e se preparar para a passagem de filha ou filho de sua mãe para mãe ou pai de seu filho.

A gravidez provoca renegociações na organização familiar

Ao abrir espaço para uma nova pessoa na família, o lugar de cada um será levemente modificado e, conforme a história pessoal de uns e de outros, cada um se sentirá mais ou menos profundamente tocado e recolocado em questão.

Cada gravidez precisa ser tratada no contexto de sua história

Toda criança vem ao mundo precedida por um banho de linguagem, isto é, de uma história no seio da qual sua existência começou e se inscreve.

"Como ele foi concebido? Em que contexto? Ele foi planejado? Ardentemente desejado? Longamente esperado? Ou, ao contrário, chegou sem ser 'programado'? Foi uma surpresa divina

ou uma amarga decepção? Uma fonte de angústia? De euforia? Seja qual for a configuração, essa origem marcará a criança e fará parte de sua história" (Szejer, 1997). Essa origem está inscrita no inconsciente parental como uma verdade concernente a esta criança.

O turbilhão emocional da gravidez pode ser aliviado pelas palavras

Uma escuta atenta sobre como a gestante e seu companheiro se expressam evidenciou que, pelo menos até que ela comece a sentir os movimentos fetais, a gestante fala mais dela do que do bebê. A ambigüidade de sentimentos, uma ambivalência que todo casal grávido sente e que os surpreende e decepciona, as ansiedades, insônias, depressões, os medos da dor, da morte, das possíveis malformações do bebê, da falta de competência para ser pai e mãe, tudo isto não pode ser banalizado e precisa ser considerado como sintomas nem sempre conscientes, sinais carregados de sentidos num contexto individualizado da história de cada gravidez.

O pai também sofre alterações na sua estrutura psíquica

Vários estudos têm mostrado que ocorrem modificações no funcionamento psíquico do pai, geradas pela necessidade de assumir novas funções e papéis (This, 1987). O suporte emocional que o pai dá à grávida contribui para a aceitação da gravidez e do bebê, para vivências mais positivas no momento do parto e disposição para o aleitamento materno.

As realidades psíquicas do pai, da mãe e do feto se entrelaçam antes da concepção

O casal grávido lida com três bebês:

– o bebê imaginado ou fantasmático – aquele desejado individualmente pelo pai e pela mãe desde a sua infância;

– o bebê imaginário – o que o pai e a mãe desejam nesta gravidez;

– o bebê real – aquele que ao nascer mostra suas peculiaridades e especificidades.

O bebê e a formação da individualidade

A vida começa no útero

Pela primeira vez na história da humanidade, os últimos trinta, quarenta anos nos mostraram mais fatos científicos da vida fetal do que em todos os tempos.

A partir dos anos 60, há evidências acumuladas de que o feto e o recém-nascido pré-termo, também chamado prematuro, se comportam como seres interativos e competentes: ouvem, vêem, se movem, sentem dor, têm expressão própria e são afetados pelas interações.

Continuidade transnatal

Estudos recentes sobre a atividade fetal e o comportamento do recém-nascido indicam a existência de uma continuidade transnatal. Por exemplo: num estudo de De Casper, Fifer e Spence, um bebê de dois dias tem preferência por vozes a qualquer outro ruído; por vozes femininas às masculinas e preferência pela voz de sua mãe a outras vozes femininas. Afinal, um bebê de termo já nasce com cerca de 280 dias de experiência intra-uterina, o que contribui para as diferenças individuais entre os recém-nascidos.

O feto apresenta todo o repertório de movimentos do recém-nascido

Entre 16 e 20 semanas, as mães percebem, pela primeira vez, os movimentos fetais que existem desde a 7ª semana e que

podem ser afetados pelo álcool, fumo, sedativo, atividades e emoções da mãe.

As variações podem ser muito grandes de um feto para o outro. Os registros mostram que o número médio de movimentos fetais diários aumenta de cerca de 200 na 20ª semana para um máximo de 575 na 32ª semana (reduzindo-se, então, para uma média de 282, à época do parto); não obstante, o número de movimentos em um único feto pode ir de 50 a 956. Os relatos das mães concordam com as medidas objetivas de movimentos fetais em 80% ou 90% dos casos. (Brazelton, 1992)

Por poderem ser estudados através de métodos não-invasivos (ultra-som, *doppler*, fluxometria) e por terem importante papel na formulação de diagnósticos médicos, os movimentos fetais têm sido objeto de particular atenção.

Todos os estados de consciência observáveis no recém-nascido aparecem no feto

De acordo com Brazelton (1992), no último trimestre de gravidez a mulher é capaz de saber quando seu filho está em: 1) sono profundo; 2) sono leve; 3) vigília ativa e 4) alerta, mas quieto.

Demonstrou-se, também, a existência de um relevante ciclo circadiano de movimentos fetais (Roberts, Lille, Campbell, 1977), o que parece estar ligado a certas propriedades fisiológicas inerentes ao feto, e que pode ser afetada pela atividade materna.

As mães demonstram ser capazes de prever com muita precisão o comportamento fetal com apenas dois ou três dias de atenção consciente ao fenômeno. A maioria das mulheres nota que os períodos de maior movimento fetal coincidem com os momentos de inatividade delas, o que as fazem perceber o bebê como uma pessoa capaz de "adaptar-se" a elas e às pressões de sua vida.

Todos os sistemas sensoriais já se encontram em funcionamento na vida fetal

"Valendo-nos de relatos maternos e confirmando-os por meio do ultra-som, nós nos convencemos de que o feto, no último trimestre, responde com regularidade a estímulos visuais, auditivos e cinestéticos" (Brazelton, 1992). Ele distingue um som do outro, memoriza os sons escutados com frequência ou em momentos particulares.

As respostas diferenciadas do feto aos estímulos externos podem ser percebidas como sinais pela mãe. Se esses sinais coincidem com as respostas maternas, podem representar o início da sincronia entre mãe e filho. Geralmente, há uma adaptação do feto aos ritmos de sono/vigília da mãe, ao seu estilo de reatividade. Análises polêmicas de um estudo feito por Marie-Claire Busnel (1997), em Paris, evidenciam que o feto e o recém-nascido reagem ao relato de acontecimentos emocionais que lhe dizem respeito, mesmo quando o acontecimento emocional é relatado pela mãe a outro adulto em vez dele.

Assim, pais e bebês vão aprendendo uns sobre os outros num processo de mão dupla que inclui os movimentos fetais, os ritmos sono/vigília e suas respostas a estímulos. Isto leva a um processo de personificar, de individualizar "o seu bebê", o que vai proporcionar aos pais a coragem de enfrentar o parto como o momento do encontro visual com o bebê imaginário, que no nascimento se torna o bebê real.

O parto é um acontecimento psicossomático

No parto, a mãe e o bebê precisam de apoio emocional

O parto não é só um processo fisiológico de expulsão do bebê, assim como o nascimento não é só a mudança do bebê do ambiente aquático para o aéreo. Ambos, mãe e bebê estão envolvidos numa

seqüência irreversível de acontecimentos que mobilizam a energia emocional de cada um.

Sete pesquisas randomizadas revelaram que as mulheres que receberam apoio contínuo de uma "doula" (mulher experiente em acompanhamento de parto) apresentaram uma redução de 25% na duração deste trabalho, redução maior do que 50% de partos cesários e necessitaram de menos ocitocina (droga que aumenta as contrações), medicação e partos vaginais cirúrgicos (Klaus, Kennel, 1993). Além disso, as interações com o bebê, os cuidados, a representação do bebê para a mãe, o primeiro encontro visual mãe/bebê foram favorecidos pela presença de uma mulher experiente durante o pré-parto e o trabalho de parto em si. As experiências de separação física do bebê e do confronto entre o bebê imaginário e o bebê real foram menos traumatizantes com o apoio de uma "doula" (Klaus, Kennel, Klaus, 2000).

O poder das primeiras relações

A formação do vínculo e do apego como relações duradouras e securizantes

As primeiras relações influenciam a qualidade do funcionamento psíquico definitivo de uma pessoa. Segundo Klaus, Kennel e Klaus (ibidem), "um apego pode ser considerado como um relacionamento único entre duas pessoas, sendo este apego específico e duradouro ao longo do tempo". Eles referem-se aos laços afetivos dos pais com o seu bebê. Alguns estudiosos usam o termo "vínculo" para se referir aos laços afetivos do bebê com os seus pais. A palavra da mãe, do pai ou do cuidador nos primeiros meses de vida é, para o bebê, um elemento estruturante muito forte do seu funcionamento psíquico. Mas como o bebê é também corporal, o "olho no olho", carícias, toques, beijos e abraços são condutas que mantêm o contato e reforçam o apego. Quanto menor a criança, mais um ser psicossomático ela é, afirma Julien Cohen-Solal (Cohen-Solal, Golse, 1999).

A oportunidade dada aos pais de estarem juntos com o bebê na primeira hora e na sua permanência no hospital, com o suporte técnico e afetivo de um cuidador, cria um ambiente propício à formação do apego e do vínculo e reforça o poder do contato inicial.

Uma rede de apoio e um ambiente protetor favorecem as interações no pós-parto

Os efeitos significativos das primeiras horas e dias são explicados, em parte, pelas observações feitas por Winnicott (1996), que descreveu um especial estado mental da mãe no período perinatal, envolvendo uma sensibilidade muito aumentada e com foco sobre as necessidades de seu bebê. Ele mostrou que esse estado de "preocupação materna primária" inicia-se próximo ao final da gravidez e continua por umas poucas semanas após o nascimento do bebê. A mãe precisa de apoio afetivo e ambiente protetor para desenvolver e manter esse estado. Esta preocupação especial e a atitude de abertura da mãe para com seu bebê são fatores-chave no processo de criação do vínculo. Se ela sentir as necessidades do bebê e responder a elas de um modo sensível e oportuno, mãe e bebê estabelecerão um padrão de interações sincronizadas e mutuamente compensadoras.

É nossa hipótese que na medida em que o par mãe-bebê continue esse padrão de dança dia após dia, o bebê tenderá a desenvolver um apego seguro, com habilidades reforçadas por outras pessoas conhecidas que venham a cuidar dele e o desejo de explorar e dominar o ambiente quando estas pessoas estão presentes. Em certo sentido, a criança torna-se um otimista ao invés de um pessimista. As características de um apego seguro, se presentes com um ano de idade, geralmente persistem ao longo da infância e da vida adulta. (Brazelton, 1992)

"O pai, a mãe e o recém-nascido precisam de cuidados e proteção" Brazelton (1992)

Uma rede de apoio e um ambiente protetor vão auxiliar a superar e até a evitar situações que podem interferir na interação: a depressão materna pós-parto, que atinge de 10% a 15% das mães, pode prejudicar a auto-estima da mãe e a atividade cerebral dos bebês, ocasionando atrasos cognitivos posteriores ou sintomas emocionais.

Dawson e seus colegas examinaram o impacto da depressão materna nos sistemas biológicos envolvidos no desenvolvimento emocional, especialmente no córtex frontal. Descobriram que cerca de 40% de bebês com mães deprimidas demonstraram atividade cerebral reduzida. Os pesquisadores prestaram especial atenção à região frontal esquerda – a parte do cérebro associada a emoções exteriormente dirigidos (como alegria, tristeza, raiva). Nove entre dez bebês, que demonstraram altos níveis de atividade frontal esquerda, tinham mães não deprimidas. Por outro lado, 21 dos 28 que mostraram baixos níveis dessa atividade tinham mães deprimidas (Shore, 2000).

Essa pesquisa evidencia a necessidade de se apoiar a mãe desde o período pré-natal, acompanhando também seu psiquismo. Os pais e outros membros da família também precisam de suporte, pois um pai não-deprimido e uma relação forte entre o casal têm demonstrado moderar o impacto adverso de depressão materna nas crianças. Há evidências de que quando a depressão das mães é tratada e acaba por volta dos seis meses, a atividade cerebral dos seus bebês pode voltar ao normal.

O estudo das primeiras interações é recente e muito vasto

A história da observação e da análise das interações entre pais e bebês é bastante curta – no todo, tem menos de cinquenta anos. Há estudos aprofundados sobre a interação primordial, o

seu contexto, os seus estágios, os seus elementos essenciais, as suas dimensões comportamentais, afetivas e imaginárias.

O termo *interação* foi empregado pela primeira vez por Bowlby, em 1958, num famoso ensaio chamado *The nature of the child's tie to his mother*. A ênfase de Bowlby na competência inata do recém-nascido para entrar em comunicação social com a pessoa que cuida dele e a concepção de Winnicott, da mãe e do filho como uma unidade, influenciaram profundamente os estudos de interação, incluindo os de Brazelton, que organizou uma escala de avaliação do comportamento do recém-nascido, baseado nas interações (NBAS).

Para que o adulto saiba evocar respostas interativas do bebê, é necessário que se conheça os seus estados de consciência, considere as diferenças individuais e respeite os princípios da interação. Os estados de consciência são seis: sono profundo, sono ativo ou leve, sonolência, alerta acordado, alerta irrequieto, choro. O estado de consciência parece ser um sistema regulatório básico. Uma das primeiras tarefas dos pais ou do cuidador é aprender a conhecer e antever os estados de consciência propícios. O estado de interação é o estado de alerta.

Winnicott afirma que uma mãe suficientemente boa é aquela que auxilia o recém-nascido a organizar seus estados de consciência. E há indícios de que o controle desses estados pelo recém-nascido é um indicador do seu desempenho social e cognitivo aos 18 meses (Lester, Hoffman, Brazelton, 1984). É importante considerar as diferenças individuais para a primeira relação entre pais e filhos. Felizmente, a energia psicológica acumulada durante a gravidez potencializa a capacidade materna de entender um bebê e de interagir com ele. Quanto mais os pais e as mães são levados a valer-se dessa poderosa energia psicológica para reconhecer as reações e os pontos fortes característicos de seus bebês, tanto mais forte é a primeira relação que se estabelece entre eles.

Interações e desenvolvimento do cérebro

"No coração da razão está a emoção" (Vico)

O estudo da natureza primordial das primeiras relações pais/bebê está hoje na base de outra vertente de descobertas das ciências – as atribuições das neurociências sobre as formas de desenvolvimento do cérebro. De um lado, foram anunciadas as descobertas-chave da pesquisa cerebral recente e a importância desse desenvolvimento nos três primeiros anos de vida. Por outro lado, as pesquisas revelaram que o sentimento do que acontece alavanca o crescimento do cérebro. A doutora. Iole da Cunha (2000; grifos da autora), pediatra gaúcha, explica, a seguir, detalhadamente como isto acontece:

Se o DNA humano carrega a memória genética do futuro ser, determinando-lhe a forma física, seu formato psíquico vai depender dos estímulos adequados ou não a que o bebê vai ser submetido desde a vida intra-uterina. O que se sabe hoje, e isto é novidade, é que neste material genético que aparece desde a concepção já tem uma determinação muito importante: é que o cérebro do bebê só será capaz de se organizar de modo a gerar uma mente humana se os estímulos corresponderem ao que se chama de FMI (Formação Motivacional Intrínseca), que sugere que o cérebro do bebê necessita, pelo menos a partir do nascimento (sobre o antes ainda não há trabalhos, só teorias), desenvolver-se na comunicação com outro ser humano (cuidador), que o humanizará. *Self-non-self, comunicação empática e intersubjetiva que permitirá que ele se sinta seguro, ou homeostático. Na situação de homeostasia, a sensação é de um estado físico e psicológico isento de tensões, que vai permitir a reorganização das redes neuronais (fixação das sinapses) e registro de memórias que formarão as representações que depois formarão os pensamentos e os comportamentos.*

Este bebê é um bebê humano e como recém-nascido é dos mais desamparados da espécie animal, porque sem um cuidador não sobreviverá nem fisicamente e sem um cuidador adequado que o humanize não sobreviverá emocionalmente. No colo da mãe, este desamparado está tendo sua primeira experiência epigenética pós-natal. Enquanto no ventre de sua mãe, o feto desenvolveu em seu cérebro redes neuronais que hoje se conhece bem e que se chama de sistema límbico. É este sistema que determina a extrema sensorialidade fetal e que é responsável pelas sensações fetais de prazer ou dor. Este estímulo (estar no colo do cuidador) gera uma enorme quantidade de neurônios (axiogênese) que nada mais é do que uma proliferação celular.

Cresceu muito, apareceram muitas células neuronais e logo há uma desorganização dos mapas neurais antes constituídos. Com a experiência interativa, novos mapas neurais se formam e deve ocorrer uma reorganização neuronal, mas agora esta reorganização ocorre comandada pelo sentimento do que acontece na relação, ou seja, o modo como o bebê sentiu ou respondeu ao estímulo interativo que é sua relação com o cuidador. Este sentimento gera a reorganização de mapas neurais e a sinaptogênese, ou seja, a comunicação entre as células nervosas, que têm entre elas a capacidade de produzir substâncias químicas, os neurotransmissores, que serão responsáveis pelas emoções, logo, pelas imagens neuronais e, logo, pelo pensamento e, logo, pelas ações. Então, as memórias de segurança ou não se fixam neste cérebro físico e químico, para formar o cérebro psíquico.

Quando a experiência interativa é adequada e fornece segurança ao recém-nascido, este vai desenvolver a homeostasia adequada para a fixação das redes neuronais também adequadas, e o desenvolvimento da próxima etapa do sistema nervoso, na segunda janela de amadurecimento ou período

crítico, vai ocorrer sem problemas. Mas se a experiência interativa não for adequada e este bebê não se sentir em segurança, alguns neurônios morrem e esta primeira etapa fica prejudicada nos seus arranjos de mapas neurais. Aí então ocorrem os problemas no futuro, que Trevarthen chama de distúrbios de motivação, porque alguns trabalhos mostram (mapeamento cerebral) que a parte do cérebro lesada é o sistema límbico (da vida intra-uterina) ou a córtex órbito-frontal que se desenvolve no período pós-natal imediato. Estas duas áreas são a sede do chamado cérebro motivacional. Na classificação atual da neurociência, o sistema nervoso central é classificado em três sistemas funcionais: motor, sensorial e motivacional.

Assim, o pré-termo que não tem o seu primeiro estímulo adequado, quando separado de sua mãe, e é submetido aos estímulos dolorosos na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal, e o bebê que convive com uma mãe deprimida e que se torna deprimido com baixa de neurotransmissores, por não suportar o abandono de não fazer uma interação empática e intersubjetiva com a mãe, "entra na dela" e consegue sua homeostasia. Nestes dois exemplos, os mapas neurais desses bebês serão diferentes.

A rede cerebral depende decisivamente dos estímulos ambientais

De acordo com Rima Shore (2000), em *Repensando o cérebro*, nos últimos dez anos, fatos recentes descobertos por neurobiologistas e psicólogos evidenciam a importância dos 3 primeiros anos de vida. Entre eles:

– Existe um desenvolvimento rápido de sinapses nos primeiros anos. Um simples neurônio pode se conectar com outras 15 mil células; 90% das conexões que vamos ter ao longo da vida se formam nos 3 primeiros anos de vida.

– O cérebro de uma criança de 3 anos é duas vezes mais ativo que o de um adulto: já formou cerca de um quadrilhão de conexões. Na segunda década da vida, há uma "poda" nessas conexões. Ficam e se fortalecem as conexões que foram repetidamente usadas nos primeiros anos e que têm um impacto decisivo na arquitetura do cérebro.

– O cérebro sem estímulos pode ser de 20% a 30% menor que o normal. Até os 3 anos o cérebro representa cerca de 13% do total do peso da criança, sendo que no adulto o cérebro representa 2% do seu peso total.

– Muitos cientistas acreditam que na primeira infância há um determinado número de períodos críticos, ou janelas de oportunidades, quando o cérebro demanda um certo tipo de estímulo, para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras.

– A eficácia da intervenção, desde o início da vida, tem sido demonstrada. É um impacto a longo prazo. Responder às necessidades dos bebês, no momento em que eles as manifestam, cria uma relação favorável à estruturação das suas funções cerebrais.

O profissional da primeira infância

As alianças preventivas ou terapêuticas devem começar desde a concepção

Enquanto os níveis decisores se mobilizam ou não para cuidar ou não da primeira infância em nosso país, algumas questões decorrentes do avanço das ciências nestas três últimas décadas evidenciam que tratar do atendimento de crianças até 3 anos com a qualidade técnica requerida é um bom caminho para melhorar nossas condições de vida no sentido de uma sociedade mais equilibrada e solidária, no sentido antiviolença.

Cada país tem determinado formas de atendimento a esta faixa etária, optando por configurações diferentes, por associações de

formas coletivas, individuais ou familiares. Assim, por exemplo, a sociedade francesa opta mais por formas coletivas – creches convencionais, domiciliares, "halte-garderies", centros comunitários de recreação, etc. – e na sociedade americana, embora se tenha um número grande de creches, no primeiro ano de vida, a preferência é ainda por um atendimento na família.

No Brasil, embora seja crescente o número de famílias que buscam a creche, não temos muita opção. O seu número é insuficiente para atender à demanda (11% são atendidos) e o movimento de expansão da oferta pública é de cima para baixo, ou seja, aumenta a cada ano para crianças de 4 a 6 anos. Reserva-se o aumento da oferta para as crianças de até 3 anos, para quando houver recursos financeiros.

Além disso, no nosso país há um descompasso entre os profissionais das áreas de saúde e educação, no atendimento à criança pequena.

O Gráfico 1, adaptado de Vital Didonet, ilustra essa situação.

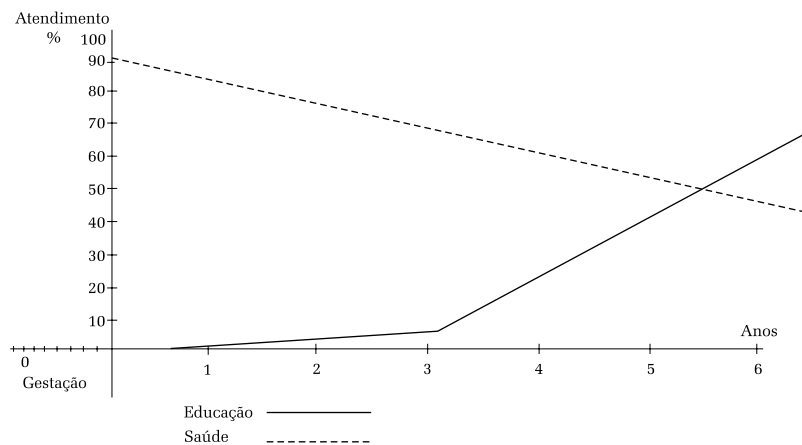


Gráfico 1 – Atendimento à criança de 0 a 6 anos – saúde e educação

Como vemos pelo Gráfico 1, de acordo com o IBGE 2000, 90% das nossas crianças são atendidas, no período do nascimento, pelo pessoal de saúde. Esse percentual vai diminuindo conforme a criança avança em idade. Na área de educação acontece o contrário. Só aos 3 anos de idade é que cerca de 11% das crianças estarão sendo atendidas em creches, e esse percentual vai crescendo conforme aumenta a idade da criança. Portanto, só por volta dos 5 a 6 anos é que o pessoal da área de saúde e educação se equilibra no atendimento às crianças. Perderam-se aí, em forma de trabalho conjunto, os anos básicos para a formação da estrutura psíquica da criança, para a qual os dois profissionais, além de outros, são fundamentais.

Precisamos de alianças entre os cuidadores, e de cuidadores com formação e atuação interdisciplinar, em todo o trajeto que a criança até 3 anos percorre. A nossa proposta é que os aliados do desenvolvimento da criança até 3 anos se encontrem cada vez mais próximo do ponto 0 (*zero*), entendendo-se este ponto como o da concepção e não o do nascimento da criança. O trabalho conjunto pode iniciar-se na prevenção, na educação para a parentalidade a ser desenvolvida entre os jovens nas escolas, nas associações religiosas, nos movimentos comunitários, nos hospitais, na mídia.

O educador pré e perinatal

No México, existe o educador perinatal, que desempenha, entre outras, a tarefa de educar para a maternidade e a paternidade responsáveis. O educador perinatal, que trabalha com os pais desde o período da gravidez até os primeiros meses de vida da criança, é uma pessoa de apoio que intencionalmente participa da formação de novas famílias com orientação física e psicológica. No fundo, ele também é um profissional da saúde mental das famílias. Na cidade do México, realizou-se no ano 2000 o I Congresso Nacional de Educadores Perinatais.

Também nesse ano, em Milão, Itália, a Associação Nacional de Educação Pré-Natal (Anep/Itália) fundou a Escola Internacional de Educação Pré-Natal, com currículo de três anos, visando à formação de tutores pré-natais para acompanhar a gestante durante sua gravidez, no parto e no pós-parto. Essa Associação vem crescendo dentro e fora da Itália. É vinculada à Organização Mundial de Associações de Educadores Pré-Natais (Omaep), que organizou dois congressos internacionais de educação pré-natal, um na Espanha, em 1993, e outro na Grécia, em 1994.

Até onde conhecemos, tanto na Itália como no México, a figura do educador perinatal e pré-natal é de apoio; é alguém que cuida da mãe e do bebê desde a gestação, começando do início, da inserção deste bebê na sua família. O seu trabalho é complementar ao da equipe de saúde. O "tutor pré-natal", como ele também é chamado na Anep/Itália, é um "cuidador" que, mediante um olhar amoroso e uma escuta atenta, procura orientar em questões de saúde, nutrição, diminuição de estresses materno e paterno; atua na gestação, acompanha no parto, sempre que possível, e apóia e orienta no pós-parto, no sentido de cuidados com a mãe e o bebê. Seu trabalho mais intenso é relativo ao estabelecimento de relações harmoniosas com o feto e ao preparo psicológico para o momento do parto e das primeiras interações com o bebê. Essa parceria, nesse momento novo da parentalidade, auxilia também o bebê a se desenvolver num útero "menos estressado", "menos ansioso".

Um acompanhamento da gravidez mais abrangente que um pré-natal físico torna-se realmente cada vez mais necessário. Uma escuta atenta pode, no mínimo, permitir que gestantes com necessidades detectadas, como especiais, sejam atendidas. Escutando o modo como a grávida se expressa, pode-se inferir se ela precisa de atendimento individualizado para bem desenvolver sua maternação, pelo menos nos casos de adolescentes; nos casos em que a gestante se refere de forma negativa à sua gravidez, fazendo mais referência à modificação em suas vidas do que ao bebê; também quando a grávida se refere de modo grosseiro e áspero ao bebê.

É necessário elaborar com elas as expectativas que estão projetando sobre o bebê, para que elas se sintam psicologicamente mais competentes para a maternação.

Numa reunião sobre atendimento à primeira infância, num órgão público de Brasília, um grande defensor da nossa infância nos disse: "Quero atender à criança nos seus direitos o mais precocemente possível", ao que lhe respondemos: "Com certeza, atender aos direitos do cidadão no início da vida é atendê-lo ainda no útero". O reconhecimento explícito do "feto cidadão", aquele que, provido de uma sensorialidade e subjetividade próprias, tem direito a um atendimento individualizado, exige que, ao lado de moradia e nutrição, de acompanhamento pré-natal físico, se ofereça à mãe um acompanhamento psicológico e educacional, auxiliando-a para reduzir seus estresses e estabelecer uma relação emocional positiva com o bebê.

O trajeto desse bebê tem início no útero, onde ele já recebe influências das atitudes e atividades da mãe, expressando-as em movimentos fetais, nos estados de consciência e na sua resposta a estímulos. Admite-se hoje a continuidade transnatal, associando as atividades do feto aos comportamentos do bebê, e esta noção de feto competente está no bojo de práticas profissionais diferentes.

Alguns proporcionam ao feto atividades diárias intencionais de estimulação aos seus sistemas sensoriais, como é feito na chamada "Universidade do Feto" nos Estados Unidos. Outros, como o holandês Franz Veldman, trabalham com uma técnica denominada *haptonomia*, que visa à comunicação entre mães e bebês através de toques intencionalmente feitos com amor. Para o aprendizado dessa técnica, ele organiza um curso de formação de quatro anos. Outros, ainda, trabalham com musicoterapia pré-natal e há os que demonstram que só em pensar amorosamente no bebê, ele já reage positivamente. Isto se observou pela alteração da frequência cardíaca (análises preliminares da pesquisa de Marie-Claire Busnel, 1997).

Nos últimos dez anos, a televisão europeia vem organizando debates sobre o início da vida. Uma série de reportagens intitulada *O bebê é uma pessoa* praticamente inaugurou essa fase de discussões pela mídia. Em 1999 e 2000, as discussões giraram em torno da educação pré-natal. Em que consiste? Ela deve acontecer? Quais seus efeitos?

Nós apoiamos a educação pré e perinatal, se na fase da gestação ela se referir a um apoio à formação de novas famílias e ao seu crescimento e não a um treinamento de bebês. Portanto, como o mundo da fase inicial da vida é feito de relações, de interações, de interlocuções, somos a favor de um educador pré e perinatal que trabalhe com a educação dos pais, sob todas as formas possíveis, no sentido de uma atenção contextualizada, individualizada; um educador pré e perinatal que acompanhe a mãe ou os pais no período pré-parto e no momento do parto e que lhes dê apoio no pós-parto. Um educador que esteja informado dos sinais da depressão pós-parto, auxiliando na sua prevenção e no apoio ao seu tratamento. E que, na relação quase indivisível mãe/bebê, auxilie no fortalecimento da individualização do bebê, na adaptação da mãe e do pai ao bebê real, colaborando para o estabelecimento de uma relação positiva, um vínculo seguro, capaz de possibilitar à criança o desenvolvimento do seu cérebro por caminhos neurais previsíveis.

O trabalho do educador perinatal inclui atividades em parcerias com outros profissionais que atendem a díade mãe/bebê ou a tríade pai/mãe/bebê e que devem incluir:

- criação de situações que permitam ao bebê descobrir, desde os primeiros dias, as suas competências perceptivas, e "mostrá-las" aos pais e parceiros, assim como situações que permitam aos pais e irmãos descobrirem e vivenciarem as competências do bebê;

- criação de situações que permitam aos pais e bebês descobrirem suas capacidades para responderem e se ajustarem uns aos outros, segundo seu ritmo próprio e o ritmo do outro;

- organização de atividades de apoio aos pais para ajudar os bebês a organizarem seus ritmos;

- organização do acompanhamento do desenvolvimento do bebê ao longo dos primeiros meses.

As informações que esse educador precisa receber na sua formação devem girar sobretudo em torno do aspecto relacional. A este respeito, a emergente psiquiatria perinatal, desenvolvida na Europa a partir de 1990, tem contribuições relevantes sobre as relações entre mães, pais, bebês e a sua psicopatologia. Há de se observar que se, em Medicina, o atendimento pré e perinatal vai até a primeira semana de vida ou até o primeiro mês do bebê (perinatal tardia), em psiquiatria perinatal se estende pelo menos até o primeiro ano de vida ou mesmo até os 18 meses do bebê.

O trabalho do educador pré e perinatal é sempre desenvolvido em alianças preventivas ou terapêuticas, e alguns aspectos devem ser considerados:

- o educador também precisa de um suporte emocional, visto que quem trabalha com relações trabalha com empatia, e precisa entender sua própria história do período inicial da vida;

- o educador precisa aprender a trabalhar em equipe, considerando os conflitos como elementos naturais e enriquecedores de um trabalho numa área de abordagem consiliente, transdisciplinar;

- as informações do dia-a-dia precisam ser analisadas e questionadas, tendo por base as pesquisas sobre psiquismo especial da gestação e o desenvolvimento da criança, desde a fase intra-uterina, e a natureza das primeiras relações, a formação do vínculo.

No Brasil, a Pastoral da Criança contribui enormemente para a educação pré-perinatal mediante atividades de acompanhamento da gestação e de educação essencial, nas quais o desenvolvimento da criança é contemplado num contexto de relações entre as oportunidades oferecidas pelo meio (indicadores de acesso) e as peculiaridades de cada criança (indicadores de conquista). Os líderes comunitários, cerca de 160 mil, oferecem este apoio a aproximadamente um milhão de famílias, acompanhando a gestante e o controle do seu pré-natal e, sobretudo, prestando uma assistência bem mais intensiva no primeiro mês de vida.

Os agentes comunitários de saúde do governo também são estimulados a prestar essa assistência. Os programas de Saúde da Família, que até o final de 2000 deverão se constituir cerca de 10 mil equipes, tem um campo propício para que o trabalho de educação pré e perinatal e de acompanhamento do desenvolvimento da criança se instale.

É preciso que se invista mais na formação desses "trabalhadores sociais" e das famílias, para que aprendam a facilitar o aparecimento das competências interativas da criança que, devidamente desenvolvidas, favorecerão o desenvolvimento das funções mentais superiores. Essas competências são, de acordo com Hubert Montagner: a atenção visual sustentada (o olho a olho); o ímpeto para a interação; o apoio aos comportamentos afiliativos, ou seja, os que "chamam" o outro para a interação; os gestos organizados e estruturados no sentido da interação com o ambiente e com as pessoas e a imitação.

O cuidador informado e atento vai poder auxiliar os pais a facilitarem o surgimento e a observarem o desenvolvimento dessas competências interativas.

O educador na creche

No que se refere ao atendimento da criança de até 3 anos em ambiente coletivo, fora do meio familiar, uma organização é necessária também no sentido de possibilitar à criança o desenvolvimento dessas competências interativas e a conquista gradual de sua autonomia de ação e de pensamento.

A creche em particular deve organizar-se sustentada num tripé básico: as condições para o desenvolvimento das competências interativas do bebê (seu mundo de relações); os ritmos individuais vigília/sono e a organização do ambiente na estrutura do atendimento. Tudo gira em torno da interação-individualização,

cada situação exigindo uma decisão particularizada, para que possa ser uma "escolha certa" – certa para o bebê e para os seus pais.

As condições para que cada um esteja atento ao outro, a organização das rotinas, a disposição das estruturas de acolhimento dessas crianças permitir-lhe-ão descobrir e revelar as suas competências aos seus olhos e aos olhos dos parceiros, e estruturar-se assim no quadro de interações sucessivas com a mesma pessoa (cuidadores) e com outros parceiros.

Importantes para a criação de vínculos seguros nas creches são as atividades de acolhimento ou recepção não só para as crianças, mas também para os pais. Considerando que são atividades de transição do domicílio da criança para um ambiente coletivo, Hubert Montagner preconiza que se tenha em cada creche uma sala de acolhimento para os pais, próxima à das crianças, que deve ser cuidadosamente organizada, com atividades individuais e em pequenos grupos, de forma que dê prazer para a criança estar ali. Assim, risos, gritos de alegria, conversas nas brincadeiras, serão ouvidos pelos pais e isto os tranquilizará.

As formas de organização dos grupos (agrupamento vertical ou horizontal); a organização do ambiente físico, de forma a ocupar até tridimensionalmente o espaço; os diferentes tipos de brinquedos e materiais; a organização temporal, respeitando-se os ritmos sono/vigília; as atividades diárias de alimentação, higiene, também devem ser planejadas sob o fio condutor das interações e interlocuções e, ao mesmo tempo, da atenção em personalizar as interações, as atividades, os ritmos, os modos de ocupação do espaço, as refeições, os sons, etc., mediante a compreensão e a percepção que os educadores têm de cada criança e cada família.

Enfim, cuidados com o físico, alimentação, higiene, banho, acolhimento das crianças, brincadeiras, atividades em geral numa creche visam criar condições para que a própria criança e seus cuidadores descubram que ela é um ser-sujeito autônomo, interativo, flexível e capaz de agir sobre seu ambiente.

Considerações finais

Primeira infância – Estamos num campo de estudos e de trabalho que nos revelaram, nas três últimas décadas, mais descobertas do que em todos os tempos. A importância dos três primeiros anos de vida tornou-se mais evidente após a divulgação de fatos científicos relacionados com a origem da vida física e psíquica do ser humano.

Mesmo que tivéssemos governos que realmente se decidissem pelo atendimento adequado à gestante e à criança até 3 anos, governos que alocassem recursos para este atendimento adequado, esbarraríamos no problema da competência técnica dos recursos humanos para esse período inicial da vida. Daí a necessidade e prioridade de investimento na formação dos profissionais.

Se os dados obtidos quanto ao desenvolvimento da criança são encorajadores, eles permanecem ainda fragmentários e largamente insuficientes para compreender a complexidade da infância, para prevenir as dificuldades do desenvolvimento e para criar as condições apropriadas que revelam, ou recuperam, as capacidades de uma criança.

Por que somos tão impotentes perante crianças que se do-
bram e se fecham sobre si mesmas, ou que, qualificadas de
hiperativos, parecem viver num turbilhão de ações, ou ain-
da... que dizer das crianças cuja instabilidade da atenção,
da escuta e das condutas leva os adultos a ignorá-las ou a
afastá-las do grupo humano de que fazem parte? (Montagner,
1993, p. 220)

Além dos esforços individuais e de equipes de pesquisadores, de formadores de recursos humanos, de clínicos, de psicólogos, de educadores, é preciso ainda alguns avanços para que a primeira infância seja atendida devidamente. Entre eles:

1. *É necessária maior aproximação interdisciplinar, maior vivência de alianças preventivas e terapêuticas nessa área.* As interações e colaborações deveriam ser desenvolvidas ainda com mais eficácia entre os diferentes profissionais da medicina, da psicologia, do serviço social e da educação, que poderiam compartilhar as informações recolhidas separadamente, quer sobre a criança, quer sobre a família, apreendendo melhor o conjunto dos fatores pré e pós-natais que podem ser correlacionados com esta ou aquela particularidade da criança e da mãe e organizar, se necessário, uma aliança terapêutica. Isso seria também uma fonte de geração de novos conhecimentos. *Faltam-nos estudos multidisciplinares sobre o desenvolvimento da criança e suas disfunções.*

2. *É necessário o desenvolvimento de formações pluridisciplinares para o conjunto dos profissionais da primeira infância.* A complexidade da fase e a evolução rápida dos conhecimentos estão suscitando a criação de cursos novos, com abordagem consiliente sobre o desenvolvimento da criança no período inicial da vida. O curso que coordenamos em Brasília é pioneiro nesse sentido, e há um interesse crescente de profissionais por esse tipo de formação em todo o Brasil e mesmo em outros países, onde vemos iniciativas isoladas. Temos conhecimento de um curso de "Vida antenatal", numa universidade da Argentina, e de dois cursos de Psicologia Pré-Natal em universidades: um na Rússia e outro na Polônia, cujo professor também ministra na Itália. Pagamos o preço do pioneirismo, mas buscamos caminhos para ampliar nossos olhares e modificar nossas práticas. *Faltam trabalhos em colaboração entre diferentes profissionais da primeira infância.*

3. *Como estratégia na capacitação de profissionais multidisciplinares para a primeira infância, urge formar o obstetra e o pediatra numa visão integral da gestante, da criança e da família.* Na estrutura brasileira de atendimento, eles são os profissionais a quem primeiramente a família recorre. Portanto, são eles que podem incentivar o trabalho em forma de alianças, de parcerias. São eles que, devidamente preparados, poderão perceber nos sintomas apresentados pela gestante e pela criança a repercussão

ou não de fatores psíquicos, de distorções relacionais. São eles que poderão tratar e prevenir doenças ou referenciar seus pacientes a outros profissionais para complementar o seu trabalho. *Os obstetras e os pediatras são elementos chave para um atendimento integral da primeira infância.*

4. *As futuras mães, as mães inexperientes e as famílias precisam de locais para escuta, discussão entre si e informações com equipes multidisciplinares.* Nas estruturas de atendimento tradicionais (hospitais, centros de saúde, escolas), assim como em serviços diversos, as famílias precisam de apoio, de informações, de trocas entre si, de escuta para atender suas crianças de forma a propiciar-lhes condições adequadas de desenvolvimento. *As famílias precisam de profissionais, mas famílias também precisam de famílias. Algumas iniciativas como a Escola de Pais, o Pronto-Socorro Emocional Neonatal, o Disque-Gestante, o Disque-Bebê e os Centros Comunitários de Recreação teriam que ser mais incentivadas.*

5. *Os serviços de saúde, educação e atendimento social para gestantes, bebês e crianças até 3 anos precisam reorganizar-se no sentido de atenderem às necessidades de desenvolvimento da criança, de acordo com as descobertas relacionadas com a importância das primeiras interações, o desenvolvimento do cérebro e as estruturas psicossociais da criança.*

Enfim, o desafio é imenso. Trata-se de oferecer um atendimento baseado na gênese das condutas humanas, nas influências de cuidados amorosos e interações harmoniosas desde a concepção de uma criança. Aqui, a competência técnica requer o amor. E como falar em amor com o cuidador, quando ele não tem outras necessidades básicas supridas?

Felizmente, há a esperança que o bebê desperta em cada um de nós: que com ele nós aprendamos a linguagem da comunicação pelo olhar, que expressa nossos sentimentos, e a linguagem do corpo, que nos proporciona os toques, as carícias, os abraços e a mensagem de que dependemos uns dos outros para sobreviver emocionalmente e para viver como cidadãos.

Referências bibliográficas

- BRAZELTON, T. Berry. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo : Martins Fontes, 1994.
- _____. *As primeiras relações*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo : Martins Fontes, 1992.
- BUSNEL, Marie-Claire. *A linguagem dos bebês*. Tradução de Mônica Seincman. São Paulo : Escuta, 1997.
- COHEN-SOLAL, Julien; GOLSE, Bernard. *Au débruit de la vie psychique*. Paris : Ed. Odile Jacob, 1999.
- CUNHA, Iole. *Comunicação pessoal* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por laurista@linkexpress.com.br em nov. 2000.
- _____. *Treinamento perinatal*. Porto Alegre : Sagra, 1991.
- GOLSE, Bernard. Psychopathologie périnatale. Paris: Odile Jacob, 1998. p. 7-21: *Psychopathologie périnatale : definition du champ théorique-clinique*.
- KLAUS; KENNEL. *Pais/bebê*. Tradução de Daise Batista. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- KLAUS; KENNEL; KLAUS. *Vínculo*. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 2000.
- LESTER, B. M.; HOFFMAN, J.; BRAZELTON, T. B. The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, Chicago, v. 55, p. 15-27, 1984.

- MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da gravidez*. 14. ed. São Paulo : Saraiva, 1997.
- MARTÍNEZ, Jorge César. *El increíble universo del recién-nacido*. Buenos Aires : Lídion, 1992.
- MONTAGNER, Hubert. *A criança, actor do seu desenvolvimento*. Tradução de Maria Luisa Branco. Lisboa : Instituto Piaget, 1993.
- _____. *Acabar com o insucesso na escola*. Tradução de Maria Luiza Branco. Lisboa : Instituto Piaget, 1996.
- _____. *Vinculação : a aurora da ternura*. Tradução de Carlos Pestana Nunes. Lisboa : Instituto Piaget, [s.d.].
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL PARA A EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR – OMEP. *Seminário Internacional Infância – Educação Infantil : reflexões para o início do século*. Rio de Janeiro : Ravil, 2000.
- RAPHAEL-LEFF, Joan. *Gravidez : a história interior*. Tradução de Rui Dias Pereira. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.
- ROBERTS, A. B.; LILLE, D.; CAMPBELL, S. *The current status of fetal heart rate monitoring and ultrasound in obstetricia*. London : The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1977. cap.: 24 hours studies of fetal movements and fetal body movements in normal and abnormal pregnancies.
- SOULE, M. et al. *Introduction à la psychiatrie fetale*. Paris : ESF, 1992.
- STERN, Daniel N. *A constelação da maternidade*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.
- SHORE, Rima. *Repensando o cérebro*. Tradução de Iara Regina Brazil. Porto Alegre : Mercado Aberto, 2000.
- SZEJER, Myriam. *Nove meses na vida da mulher*. Tradução de Maria Nuryrmar Brandão Benetti. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1997.
- THIS, Bernard. *O pai : ato de nascimento*. Tradução de Mário Fleig, Luiz Carlos Petry. Porto Alegre : Artes Médicas, 1987.
- WINNICOTT. *Os bebês e suas mães*. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo : Martins Fontes, 1996.