

A Intervenção do Psicólogo na Consulta de Neonatologia e Desenvolvimento

SÍLVIA BRAZÃO (*)
MARGARIDA PAIS (**)
MARTA BAPTISTA (**)

«Cada bebé é desde o início uma pessoa, necessitando de ser conhecido por alguém.»

(L. Ferreira, 1991b)

1. INTRODUÇÃO

O papel do psicólogo na Consulta de Neonatologia e Desenvolvimento (CND) foi desde muito cedo definido mais pelo seu contexto prático do que pelo seu conteúdo. Porém, hoje em dia, várias investigações relacionadas com a neonatologia e a pediatria fortalecem a base teórica da intervenção nesta área. Esta tem também sido influenciada pelos avanços da medicina pediátrica bem como pela colaboração existente entre os psicólogos e os pediatras.

No entanto, a intervenção de ambos os técnicos difere bastante dentro da consulta. Enquanto o pediatra tende a focalizar a sua actuação ao ní-

vel dos aspectos físicos do desenvolvimento, o âmbito da consulta psicológica é mais abrangente na medida em que também toma em atenção o desenvolvimento afectivo, a família, o meio ambiente que envolve a criança e o seu comportamento.

Neste artigo, apesar de referirmos as diferenças entre psicólogos e pediatras na CND, não é no intuito de valorizar um ou outro, pois o que pretendemos é enfatizar a complementaridade das funções de ambos os técnicos.

2. O PAPEL DO PSICÓLOGO NA CONSULTA DE NEONATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO (CND)

Com a integração dos psicólogos na CND, tornou-se importante integrar as suas funções neste serviço. O papel do psicólogo visa fundamentalmente esclarecer e modificar determinado tipo de situações ambientais e relacionais que possam originar uma «situação de sofrimento» ou até minimizá-la quando já existente (Viana & Almeida, 1987). Em particular, na CND, o psicólogo dedica-se ao despiste das crianças de alto risco, ou seja, aquelas que têm maior probabilidade do que a população geral de desenvolver uma patologia (Cramer, 1987), de forma a poder intervir precocemente.

(*) Psicóloga estagiária no Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

(**) Estagiárias de Psicologia no Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Na consulta em que nos inserimos assistimos recém-nascidos problema. Nestes casos, o risco psicológico aparece ligado a factores de ordem biológica (por exemplo, a prematuridade) e social (tal como as mães adolescentes), que devem ser integradas na nossa abordagem. É necessário por isso não esquecer que o nascimento de um recém-nascido problema provoca não só alterações a nível físico como também põe em risco o estabelecimento de uma boa relação, dando então lugar a uma vulnerabilidade psicológica que deve ser tomada em conta pelo psicólogo (Ferreira, 1991a).

A actuação preventiva do psicólogo ao nível das crianças de risco tenta favorecer um desenvolvimento familiar saudável (Ferreira, 1991 b), ao minimizar desarmonias graves do desenvolvimento emocional. Para além desta componente preventiva, tem também uma vertente avaliativa do desenvolvimento psicomotor e cognitivo.

Deste modo, os psicólogos da CND actuam ao nível de: perturbações precoces da relação; alterações da linguagem; situações de grande prematuridade ou outro risco físico (como por exemplo a asfixia); e ainda como contributo no estabelecimento da relação precoce. Todo este trabalho é feito ao nível da criança, da família, da relação entre ambos e da adaptação psicossocial.

Junto da criança, a intervenção do psicólogo traduz-se num acompanhamento directo, realizado no seio de uma equipa terapêutica. O psicólogo vai então criar uma consulta de rastreio, onde observa a criança, avaliando o seu desenvolvimento, as suas actividades, as suas interacções familiares, bem como a sua adaptação ao meio social em que está inserida. Através desta observação, o psicólogo pode estabelecer, quando necessário, programas de estimulação e apoio de forma a diminuir os possíveis problemas encontrados.

O acompanhamento psicológico da criança de risco deverá ir desde o nascimento até aos 6 anos, incluindo sempre o apoio aos pais. Só assim estes poderão superar as dificuldades de vinculação aos seus bebés, pelo estabelecimento de uma interacção adequada.

Pode-se então concluir que, na CND, é fundamental uma consulta de rastreio que possa detectar possíveis problemas existentes e, a partir daí, criar uma abordagem e apoio específico

para cada criança e a sua família visto que cada caso é um caso.

2.1. *A Articulação entre a Psicologia e a Pediatria*

Esta área de actuação deve então adoptar uma metodologia de integração entre as consultas de psicologia e pediatria. Pensamos por isso que o papel do psicólogo na CND não pode, de modo algum, ser considerado sem uma reflexão sobre o relacionamento que mantém com os pediatras, pois estes são os técnicos com quem os psicólogos mais frequentemente trabalham no âmbito que aqui fazemos referência. Do nosso ponto de vista, a psicologia e a pediatria, numa CND, estão envolvidas por uma ligação estreita e mútua, pelo menos no que diz respeito a uma perspectiva mais prática de intervenção psicológica.

Tradicionalmente, o objectivo principal da CND era a resolução dos problemas inerentes a cada caso, através da utilização, o melhor possível, das técnicas de que dispunham para esse fim. No entanto, tanto os psicólogos como os pediatras não evidenciavam nenhuma preocupação em trabalharem conjuntamente, limitando-se ao exercício das suas funções primordiais. O que vai de encontro à afirmação de Brian Stabler (1988): «*Ambos os técnicos interagem com o paciente, mas existia pouca interacção entre os profissionais envolvidos no caso.*»

No entanto, com o aumento de interesse que os pediatras têm vindo a mostrar relativamente aos aspectos psicológicos no contexto pediátrico, tende-se a modificar o relacionamento entre psicólogos e pediatras. Passa-se assim de uma relação baseada essencialmente na transmissão de informação clínica para uma em que existe partilha de cuidados, práticas de intervenção em simultâneo e, por vezes, trabalhos de investigação em conjunto. Como afirmam Gabinet & Schubert, «*as relações envolvidas na consulta, como a existente entre médico-paciente, paciente-família e médico-psicólogo, são entidades igualmente importantes em todo o processo.*» (Gabinet & Schubert, 1981, citados por Stabler, 1988). Só deste modo se torna possível servir os interesses reais da criança.

Esta modificação que surgiu nas atitudes de ambos os técnicos envolvidos na CND é acom-

panhada, como é óbvio, por modificações dos seus desempenhos na prática clínica. Por exemplo, o psicólogo poderá de uma forma partilhada e colaborante, intervir simultaneamente com o pediatra na altura em que este procede ao diagnóstico clínico da criança. Para isso, poderá recorrer à elaboração de entrevistas adequadas ao caso em questão, ou proceder à realização de abordagens junto da família da criança, entre outras técnicas psicológicas que no momento considerar necessárias.

Podemos facilmente compreender que este tipo de ligação só surge após uma forte colaboração entre o psicólogo e o pediatra durante algum tempo. Naturalmente, implica também a existência de um relacionamento de confiança entre as partes envolvidas.

Ao reflectirmos sobre esta questão, podemos constatar que a partilha de responsabilidade clínica continuada entre os técnicos na CND, para além de trazer consequências benéficas para a saúde física e mental das crianças, encontra repercussões importantes a outros níveis. Por um lado, parece promover uma maior consciencialização nos pediatras para a importância dos factores emocionais e do contexto familiar na saúde da criança. É o que, do ponto de vista de Merkel & Nierenberg (1983, citados por Stabler, 1988), se traduz numa atitude mais positiva dos pediatras face aos problemas de ordem social e emocional, numa diminuição de utilização dos agentes farmacológicos durante o tratamento e ainda num recurso aos diagnósticos de carácter mais psicossocial (Brian Stabler, 1988). Logicamente, as consequências para o psicólogo passam também por uma tomada de consciência da importância dos factores físicos no desenvolvimento psicológico da criança. Por outro lado, parece ter contribuído para que a percepção que inicialmente os pediatras possuíam acerca da intervenção dos psicólogos ser quase exclusivamente ao nível do diagnóstico psicológico se tivesse modificado.

De seguida, vamos falar sobre as possíveis áreas de intervenção do psicólogo na CND, como por exemplo o desenvolvimento e a interacção precoce.

3. ÁREAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

3.1. *Desenvolvimento da Criança*

«À terra cheia de vento e frio, todos chegaram nus.»

(B. Brecht)

O ciclo de vida do ser humano começa com a fertilização duma célula-ovo. A partir deste momento, desenvolve-se sucessivamente um embrião, um feto, um recém-nascido, um bebé, uma criança que dá os primeiros passos, uma criança em idade pré-escolar, ... (Gesell, 1979).

O desenvolvimento da criança passa por várias fases, de um modo contínuo, sequencial e irreversível.

Em cada uma dessas fases a criança manifesta determinados comportamentos. Na sua descrição distinguem-se 4 áreas: comportamento motor (postura, locomoção, preensão e conjuntos posturais); comportamento adaptativo (capacidade de apreender elementos significativos de uma situação e de utilizar a experiência presente e passada na adaptação a novas situações); comportamento da linguagem (todas as formas de comunicação e compreensão por gestos, sons e palavras); comportamento sociopeçoal (reações individuais às outras pessoas e à cultura social).

A avaliação do desenvolvimento na CND é feita a partir de uma entrevista com os pais e a criança e também a partir do uso de escalas de desenvolvimento, como por exemplo a Griffiths. Esta baseia a sua avaliação em 6 áreas principais:

- a área locomotora, pois o seu desenvolvimento é de grande importância nos primeiros anos de vida, ajudando a criança a explorar o seu meio ambiente;
- a área pessoal-social, já que é em parte reflexo da relação estabelecida pela mãe com o seu filho;
- a área da linguagem, em virtude de déficits a este nível perturbarem a capacidade de comunicação com os outros por parte da criança;
- a coordenação olho-mão, ligada às capaci-

dades manipulativas. O seu desenvolvimento permite à criança adquirir gradualmente um sentido de espaço;

- a área da realização, que conjuga, em parte as competências adquiridas nas outras áreas;

- o raciocínio prático, que nos demonstra a maneira típica como a criança lida com as situações diárias que lhe são apresentadas.

Estas 6 áreas permitem-nos então, durante a CND, ter uma ideia sobre o estado geral da criança no momento da avaliação.

Na CND o que nos interessa não é tanto a «idade de aquisição» de determinadas capacidades mas sim o modo como este processo decorre na criança em causa. De facto, o desenvolvimento normal não se faz de uma maneira totalmente homogénea; podem coexistir diferentes ritmos de desenvolvimento consoante a área, sem que isto acarrete um significado patológico.

A partir das representações que as mães constroem dos seus bebés, vão-se criando várias expectativas quanto ao seu desenvolvimento. Quando o bebé nasce em situação de risco, as mães tendem a desenvolver estas expectativas de forma distorcida e negativa, desadequada da realidade do seu bebé e prejudicial para o estabelecimento de uma boa relação. A fonte destas expectativas, para além da situação de risco, pode também ser, por exemplo, os livros de divulgação sobre o desenvolvimento das crianças, ou as comparações com outros bebés feitas pelas mães mais ansiosas.

Numa situação de intervenção a este nível o psicólogo pode utilizar o bebé como «cotera-peuta». Isto é, através da sua avaliação na presença da mãe, pode levá-la ao conhecimento do seu bebé real, com toda a sua individualidade e riqueza das suas competências. Deste modo, quebra as expectativas negativas da mãe, permitindo assim uma boa aceitação do seu bebé.

3.2. *A Interação mãe/filho*

Cada criança é um ser diferente de todos os outros. Assim sendo, cada mãe tem que adoptar uma forma específica de lidar com o seu bebé, estando ambos vinculados a uma interacção. Através desta interacção e do jogo mútuo, o papel essencial da mãe é ajudar o bebé a estabelecer uma base que lhe permita desenvolver-se

quer a nível psicológico quer a nível físico. Deste modo, durante o primeiro ano de vida da criança são fundamentais os estímulos que a criança recebe do exterior (por exemplo, os estímulos dos pais), os quais vão facilitar o seu desenvolvimento e o estabelecimento de uma relação objectal.

Esta relação é marcada pela perduração da representação mental investida de outra pessoa. A primeira a estabelecer-se é a existente entre a mãe e o seu bebé. A atitude emocional da mãe é de extrema importância, pois é através dela que permite o desenvolvimento da autonomia da criança. Pensamos, por isso, que esta relação determinará, em parte, a organização da personalidade do indivíduo, os seus mecanismos de defesa privilegiados e o modo como se relacionará mais tarde com outros objectos.

A questão que se coloca neste momento é como se pode tentar compreender a relação entre uma mãe e o seu bebé numa entrevista de rastreio na CND. Para isso, o psicólogo deve apoiar-se tanto no discurso materno como nos aspectos da interacção mãe-filho.

É a partir da interacção, vista como todas as trocas que se desenrolam entre a mãe e o seu bebé, que se constrói a relação. São as experiências de partilha e criação durante a interacção que ensinam o bebé a estar com outra pessoa. Porém, é de salientar que a relação implica mais do que a soma de interacções, pois liga-se à existência de uma representação investida.

Ao nível da interacção, «*o bebé e os seus parceiros influenciam-se mutuamente, num processo contínuo de desenvolvimento e mudança*» (Lebovici & Lamour, 1991). Esta liga-se à realidade da relação, e o seu estudo é essencialmente descritivo (Cramer, 1987), permitindo-nos compreender alguns fenómenos importantes, tais como o início da relação mãe-filho. Assim, é através deles que sabemos que o bebé está, tal como a sua mãe, implicado desde o nascimento no desenvolvimento e manutenção da interacção. O seu papel activo na interacção faz com que esta se estabeleça em dois sentidos – as características individuais de cada bebé influenciam os pais tanto quanto os pais influenciam o seu bebé.

Segundo Lebovici e Lamour (1991), as interacções entre a mãe e o seu bebé podem ser caracterizadas em 3 níveis: o do comportamento, o dos afectos e o fantasmático. Estes 3 níveis in-

fluenciam-se mutuamente ao nível da interacção global, que não é apenas a soma das várias interacções pois inclui também as suas inter-relações.

De seguida, tentaremos descrever os vários níveis de interacção tendo em conta as suas características, algumas das distorções possíveis, e qual o seu reflexo ao nível da relação. Tentaremos também inseri-los ao nível da CND.

As *Interacções Comportamentais*, referem-se à maneira como o comportamento do bebé e da mãe se ajustam um em relação ao outro. É ao nível do comportamento que se reflectem, em parte, as interacções afectivas e fantasmáticas. Por isso, para o psicólogo da CND estas interacções surgem como sinais das outras interacções. São as interacções directamente observáveis e distribuem-se por várias modalidades:

1. As interacções corporais, que pressupõem a existência de um diálogo tónico (Ajuriaguerra, 1974 citado por Lebovici & Lamour, 1991), ou seja, um ajustamento de posturas entre o bebé e a mãe. Inserem-se nesta área conceitos como *holding* e *handling*, (Winnicott, 1967) que fazem a ligação entre a interacção real vivida entre o corpo da mãe e do bebé com o funcionamento psíquico da díade em termos de relação. As perturbações da relação podem traduzir-se, por exemplo, através de uma proximidade ou afastamento excessivo durante uma situação de interacção.

2. As interacções visuais também interferem no desenvolvimento da relação mãe-bebé. A este nível é de grande importância o olhar mútuo entre a mãe e o bebé (Stern, 1992), que fomenta um clima afectivo cuja natureza dos sentimentos depende da situação, das características da díade e das características individuais de cada um dos elementos. O clima afectivo que surge nestes momentos exprime-se no rosto da mãe, funcionando esta como espelho (Winnicott, 1967). O bebé, ao ver o rosto da sua mãe, vê-se então a si próprio. Assim, o olhar mútuo favorece a formação de uma imagem de si próprio por parte do bebé como alguém distinto e diferenciado da mãe.

As trocas de comunicação pelo olhar são fundamentais para uma boa relação precoce. Um sinal a ter em conta quando se observa a interacção durante a CND é então o evitamento do

olhar que, em conjunto com outros comportamentos interactivos, é um dos sinais principais de perturbação na díade.

3. As interacções vocais intervêm também na interacção comportamental. Assim, ao falar com o bebé, usa uma linguagem particular que coloca o bebé como interlocutor activo na conversa estabelecendo um «diálogo imaginário» (Stern, 1992). Por outro lado, um aspecto curioso a salientar é a sincronia existente entre a fala dos adultos e os movimentos do bebé (Cramer, 1987).

Apoiados na teoria da vinculação de Bowlby podemos ainda pensar que o choro e os gritos do bebé têm uma função adaptativa pois mantêm a proximidade entre a díade. Durante a CND, se o bebé chorar, é importante ver o modo como a mãe reage e acalma a criança.

4. Os comportamentos de ternura são observados pelo psicólogo da CND, que deve ter em conta factores como o contexto em que surgem e o seu valor comunicativo.

As *interacções afectivas*, por sua vez, reflectem a influência recíproca da vida emocional do bebé e da mãe. Lebovici e Lamour (1991) apresentam o modelo de T. Field, segundo o qual as mães aprendem a ler as diferentes manifestações afectivas dos seus bebés que lhes permitem modular as suas estimulações em relação a ele. Ao nível da relação, Lebovici (1994) fala da noção de dotação de sentido, proposta por Cramer e Palacio-Espasa, que se traduz na interpretação que a mãe faz do seu bebé, dando-lhe um sentido segundo o qual o bebé se organiza.

Neste caso, as perturbações na interacção surgem quando um dos parceiros é indiferente afectivamente. Na CND, esta situação ocorre principalmente com mães deprimidas. A intervenção do psicólogo junto da mãe permite restabelecer o equilíbrio na relação.

Por fim, as *interacções fantasmáticas* ligam-se à influência recíproca do desenvolvimento da vida psíquica da mãe e do bebé, ou seja, da vida inconsciente fantasmática da mãe em conjunto com a vida mental em desenvolvimento do bebé. Este influencia os próprios fantasmas que a mãe constrói sobre ele.

Quando o bebé nasce, para a mãe estão presentes 3 bebés:

– O bebé imaginário da gravidez, que se desenvolve em conjunto com o seu desejo do bebé, a um nível pré-consciente;

– O bebé fantasmático, ou seja, o produto dos fantasmas maternos sobre aquele bebé, que se relacionam com aspectos inconscientes do desenvolvimento da mãe (por exemplo ao nível dos conflitos edipianos) e às relações libidinais e conflituosas que ela estabeleceu com os seus objectos (Stoleru e col., 1985);

– O bebé real, ao qual a mãe se tem de adaptar depois do nascimento.

Para se avaliar este tipo de interacções numa consulta de psicologia é necessário ter em conta vários aspectos, entre os quais estão o lugar e o valor da criança para o casal, a história familiar dos pais, o bebé imaginário da gravidez e a capacidade da mãe para interpretar os comportamentos do bebé (Lamour & Lebovici, 1991).

Um dos problemas que surge em termos de relação, como consequência deste tipo de interacção, é o impedimento do investimento positivo na criança real através de uma projecção por parte da mãe dos conflitos presentes no bebé fantasmático.

Para Fraiberg e col. (1983), estes «fantasmas» (no sentido de repetição do passado no presente) aparecem em todas as relações pais-crianças. Porém, na maioria dos casos, a criança encontra-se protegida da intrusão destes fantasmas pelos laços que estabeleceu com os seus pais.

Nas famílias em que os «fantasmas» se instalam, os pais repetem as suas tragédias de infância com os seus filhos. No entanto, nem todos os pais que sofreram na sua história familiar repetem esse sofrimento nos seus filhos. Muitos deles, encontram no nascimento do bebé a oportunidade de se renovarem e elaborarem o seu sofrimento, dizendo «quero mais para ele do que aquilo que eu tive».

Segundo Fraiberg e col. (1983), nas situações em que os fantasmas invadem completamente as crianças existe um certo padrão uniforme, ligado a uma «identificação ao agressor», feita pelos pais enquanto crianças face a uma situação de ameaça do eu. Assim, «é o pai que não se consegue lembrar do seu sofrimento e inquietação de infância que tende a infligir o seu sofrimento

ao seu filho» (Fraiberg e col., 1983). Os acontecimentos que causaram a identificação patológica são por isso contados fria e detalhadamente e relacionam-se principalmente com situações de maus tratos, tirania e abandono. Só quando ligam as suas recordações ao sofrimento infantil é que estes pais se tornam capazes de proteger o seu filho contra a repetição do seu passado.

A actuação do psicólogo da CND, nestes casos, deve ser feita através de um apoio à relação que permita aos pais ligar as suas emoções às suas experiências passadas. O psicólogo deve também tentar humanizar e valorizar junto deles mãe o bebé real, de maneira a libertá-lo de todo o seu peso fantasmático. Só assim serão capazes de investir de um modo positivo no seu bebé.

3.3. O Papel do Pai

O desejo de maternidade não é, de modo algum, um desejo exclusivo das mulheres. Se repararmos, os meninos dizem sempre que querem ser mães; nos jogos em que fazem-de-conta que são mães, desenvolvem um núcleo de identificação com a mãe, ao mesmo tempo que se começam a identificar com o pai. Do ponto de vista de Brazelton e Cramer (1993), desta interacção de forças opostas, emerge a identidade de um rapaz que levará a soluções de adaptação e preparação para o seu papel de futuro pai.

Contrariamente ao movimento de pesquisa desenvolvido em anos anteriores, que tendencialmente caracterizava a díade mãe-bebé, ignorando assim o papel do pai e a sua relevância na relação dual, actualmente o pai reveste-se de uma importância psicológica considerável.

Pela influência que o pai exerce no desenvolvimento da criança durante os primeiros anos de vida, é inevitável a necessidade de se ter em conta o papel do pai nas observações realizadas ao nível de uma CND. Deste modo, o psicólogo durante a consulta de observação psicológica dá atenção a todos os elementos que podem servir para caracterizar tal interacção (aos contactos, às trocas de olhar pai e bebé, por exemplo). No caso do pai não estar presente na consulta, o psicólogo tenta inferir a qualidade da interacção pai-bebé através das verbalizações fornecidas pela mãe. Um factor também importante na intervenção do psicólogo é «chamar» o pai para a

consulta, de maneira a implicá-lo mais nos cuidados à criança.

Nas interações pai-bebé, normalmente observa-se que os pais efectuam mais gestos e mais contactos físicos do que as mães, que parecem ter a intenção de manter a atenção visual do bebé. Segundo Michael Yogman (1982, citado por Lebovici, 1987) a interação pai-bebé tem um carácter mais «físico», mais estimulante que a interação mãe-bebé o que provoca no bebé um estado de vigília e atenção intensos. A experiência do bebé com o pai é para Lebovici «mais sincopada, tem um ritmo mais excitante, uma “dança” mais alerta» (Lebovici, 1987). E Brazelton formulou-a nestes termos: «*a maior parte dos pais parece apresentar uma abordagem mais lúdica e mais estimulante. Enquanto se observa a sua interação com o bebé, parece que o pai espera reacções mais intensas e mais lúdicas da parte do seu bebé. E consegue suscitá-lo!*» (Brazelton & Cramer, 1993).

Por outro lado, o psicólogo tenta também compreender a influência indirecta que o pai exerce sobre o bebé através da relação conjugal, através do apoio que ele oferece à mãe. A mãe influencia grandemente a relação pai-bebé, na medida em que permite ao pai, segundo diversas modalidades, ser pai, e ao bebé de entrar em relação real e fantasiosamente com o seu pai, e através do que ele ouve dizer do seu pai pela palavra da mãe.

Uma vez que o papel do pai apresenta estas características que são em muitos pontos distintas das do papel exercido pela mãe, uma questão que se pode colocar é: que aspectos do desenvolvimento psicológico da criança são particularmente atingidos pela influência paterna?

O bebé vive uma experiência diferente quando é o seu pai que está com ele. Desde as primeiras interações, pai e mãe passam a ser vividos pelo bebé como diferentes, o que atribui ao pai um papel significativo no que diz respeito à diferenciação psicosssexual e à aquisição progressiva de uma identidade sexual. Assim, através da interação com o seu bebé, o pai fornece o sentimento de que existe um outro sexo e a diferença dos sexos (Lebovici, 1987). Outros autores, como Kestenberg (1981, citado por Lebovici, 1987) consideram que o pai favorece a independência e agressividade do bebé, pois o bebé percebe o pai como mais activo e agressivo,

mais brusco, mais audacioso e mais distante do que a mãe. Além disso torna-se o mediador de separação e o catalisador da sublimação da agressividade por meio do jogo.

Tem-se verificado ainda que a presença do pai influencia em grande medida o desenvolvimento cognitivo dos bebés. É o que Pedersen e seus colaboradores puderam concluir, num estudo que realizaram sobre o desenvolvimento cognitivo dos bebés, sob duas condições – bebés com e sem pai na sua estrutura familiar. Os autores mostraram que os bebés do sexo masculino obtinham resultados superiores quando o pai estava integrado na família. Estes resultados não foram encontrados nos bebés do sexo feminino.

Tendo em conta o que foi dito, pode-se concluir que a presença do pai pode exercer uma influência importante no desenvolvimento global da criança, isto é, os resultados da interação do pai com o seu bebé atingem tanto o desenvolvimento psicológico como o desenvolvimento cognitivo da criança.

3.4. *As perturbações precoces*

Por vezes é a perturbação a nível psíquico detectada na criança durante a consulta de pediatria que a leva à consulta de psicologia na CND. A partir desse momento inicia-se um processo de avaliação do desenvolvimento da criança e das suas relações que poderá dar origem a um apoio psicológico. Segundo Kreisler (1981, citado por Lebovici & Lamour, 1991) estas perturbações podem surgir sob a forma de:

- expressão somática, em que os problemas da criança se podem reflectir ao nível do aparelho respiratório (apneia, hiperventilação e asma), digestivo (dores abdominais recorrentes, diarreia e prisão de ventre), ao nível da pele (eczemas), do sono e também através de cefaleias;

- perturbações do desenvolvimento, que se reflectem principalmente por um desfasamento entre as aquisições psicomotoras efectuadas pela criança e a sua idade real;

- expressão comportamental, que se exprime por vezes através de uma certa instabilidade, que surge normalmente como consequência de situações psicológicas desfavoráveis, tais como: erros educativos, dissociação familiar e incapacidade

dos pais para estabelecerem limites. Por vezes, a instabilidade acompanha ainda outras perturbações do comportamento (Ferreira, 1990);

– perturbações de expressão psíquica ou mental, que englobam essencialmente as seguintes organizações psicopatológicas infantis: a depressão, os distúrbios e organizações de aparência neurótica, as psicoses, pré-psicoses e a epilepsia.

Estas patologias resultam frequentemente de interacção dos factores já abordados ao longo deste artigo. Mais uma vez se salienta a intervenção a vários níveis do psicólogo, que na tentativa de compreensão destas situações deve focar não só os aspectos inerentes à própria criança como aqueles que sobrevêm do seu relacionamento com o meio que a rodeia.

BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T., & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar
- Cramer, B. (1987). A psiquiatria do bebé: uma introdução. In T. Brazelton, e col. (Eds.), *A dinâmica do bebé* (pp. 24-74). Porto Alegre: Artes Médicas .
- Ferreira, L. (1990). Perturbações precoces do contacto. *Análise Psicológica*, VIII(4), 439-444.
- Ferreira, L. (1991a). *Intervenção do psicólogo junto dos pais do R-N problema*. 2.as Jornadas de Enfermagem organizadas pelo Núcleo de Formação em Enfermagem da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
- Ferreira, L. (1991b). *O bebé como pessoa: acompanhamento à relação*. 2.as Jornadas de Enfermagem organizadas pelo Núcleo de Formação em Enfermagem da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
- Ferreira, L. (1993). *Intervenção da equipa multidisciplinar no atendimento da criança com internamento prolongado*. Jornadas de Enfermagem de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1983). Fantomes dans la chambre d'enfants: Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourisson. *La Psychiatrie de l'Enfant*, XVI(1), 57-98.
- Gesell, A. (1979). *A criança dos 0 aos 5 anos*. Lisboa: Publicações D. Quixote
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Lebovici, S., & Lamour, M. (1991). Les interactions du nourisson avec ses partenaires: Évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXIV(1), 171-275.
- Lebovici, S. (1994). La pratique des psychothérapies mères-bébés par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa: Note de lecture. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXVII(2), 415-427.
- Manual da escala de desenvolvimento mental Griffiths
- Stabler, B. (1988). The psychological consultation as liaison. In D. Routh (Ed), *Handbook of pediatric psychology*. Nova Iorque: Guilford Press
- Stern, D. (1992). *Bebé-mãe: Primeira relação humana*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Stoleru, S. e Col. (1985). De l'enfant fantasmatique de la grossesse à la interaction mère-nourisson. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXVIII(2), 441-484.
- Viana, V. & Almeida, J. P. (1987). Psicologia pediátrica: Intervenção psicológica em pediatria. *Jornal de Psicologia*. 6(2), 10-13.
- Winnicott, D. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. Winnicott (Ed.), *O brincar e a realidade* (pp. 153-162), Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

RESUMO

Com este artigo, as autoras pretendem realizar uma abordagem sobre a intervenção do psicólogo na Consulta de Neonatologia e Desenvolvimento, com especial atenção para o papel que é exercido nesse contexto e para as áreas de intervenção que se revelam mais importantes. São focadas, em particular, as medidas de actuação utilizadas pelas psicólogas na CND da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

ABSTRACT

This article tries to define the psychologist's practice in a pediatric setting (a neonatology and development consultation). The authors describe the psychologist's role and his intervention, with a special focus to the work in Dr. Alfredo da Costa's Maternity.