

Impacto da microcefalia no vínculo mãe-bebê e suas repercussões para o desenvolvimento infantil

Ana Cristina Barros da Cunha^{a*} 
Evelyn da Silva Moreira Guimarães^a 
Karolina Alves Albuquerque^b 
Luciana Ferreira Monteiro^a 

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

Resumo: O vínculo afetivo entre mãe e bebê é fundamental para o desenvolvimento infantil, mas pode sofrer o impacto de uma condição como a microcefalia, decorrente do contágio pelo vírus zika durante a gravidez. O objetivo deste estudo foi analisar as repercussões da infecção na formação do laço mãe-bebê e seus desfechos para o desenvolvimento infantil. Trata-se de uma pesquisa descritiva, conduzida com nove mães infectadas pelo vírus zika e seus bebês, dentre os quatro nasceram com microcefalia. Todas as mães foram atendidas no hospital Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e responderam ao questionário de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil, e seus bebês foram avaliados pelo Battelle Developmental Inventory 2nd edition. Observou-se que a relação mãe-bebê apresentou mais indicadores de risco para o desenvolvimento infantil quando o bebê tinha microcefalia.

Palavras-chave: relação mãe-bebê, desenvolvimento infantil, microcefalia.

É sabido que as interações precoces do bebê com seus pais e familiares abrigam componentes importantes que influenciam seu desenvolvimento social e neuropsicomotor. Essa influência se torna ainda mais fundamental quando ocorre na relação da díade mãe-bebê, já que, geralmente, a mãe é quem assume o papel de principal cuidadora da criança. Essa relação é construída desde o período gestacional, e é influenciada pelas expectativas e imaginações da mãe a respeito do seu futuro bebê (Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004; Szejer & Stewart 2002). Além disso, no período gestacional, a mãe oferece ao bebê a proteção do mundo externo, já que ela é a responsável pelo primeiro ambiente físico no qual a criança se desenvolve: seu útero (Winnicott, 1990). Ainda como feto, o bebê já começa a se ligar afetivamente à mãe, diferenciando a fala materna e aprendendo a reagir à voz e a outras características de sua mãe (Azevedo & Moreira, 2012; Fiamenghi, 1999; Saint-Georges & Cohen, 2015). Estudos clássicos sobre esse tema afirmam que a voz materna é audível pelo feto desde o terceiro trimestre de gestação e que o bebê apresenta preferência pela voz materna mesmo após o seu nascimento (DeCasper & Spence, 1986).

Importância do vínculo mãe-bebê

Diversos autores se propuseram a estudar o vínculo afetivo formado entre mãe e bebê e seus benefícios para

o desenvolvimento infantil. Por meio da interação com sua mãe, o bebê aprende que, além de cuidados físicos, ela é capaz de lhe fornecer afeto e proteção, o que o auxiliará no desenvolvimento de emoções, como a empatia, e na construção de sua personalidade, autonomia e independência no futuro. Winnicott (2000, 2005) afirma que a mãe tem função extremamente importante no processo de desenvolvimento infantil por ser a principal pessoa capaz de proteger e corresponder às necessidades do filho e auxiliá-lo, através das suas reações emocionais, a reconhecer a si próprio e ao mundo. As emoções da mãe orientarão os afetos do bebê, oferecendo qualidade de vida a ele, dando suporte para que o ego infantil se torne forte e capaz de organizar suas próprias defesas, promovendo sua confiança e dando oportunidades para que ele saia de um estado de dependência absoluta da mãe em direção a um estado de independência, passando, inclusive, por uma etapa de dependência relativa (Spitz, 1979; Winnicott, 1975, 2000, 2005).

As experiências relacionais vividas na infância sustentam a percepção do eu, a noção de valor próprio e de confiança no outro. Sendo assim, o vínculo afetivo desenvolvido entre o bebê e seus primeiros cuidadores, em especial a mãe, constitui sua estrutura psíquica e será a base para a construção dos modelos internos de funcionamento, os quais serão adotados nos relacionamentos ao longo da vida (Bowlby, 1989). De acordo com Bowlby (1982, 2004), o cuidado materno é a primeira expressão de amor que o bebê irá reconhecer e, com o passar do tempo, passará a reconhecer e expressar outras manifestações

* Endereço para correspondência: acbcunha@yahoo.com.br



emocionais. Brazelton (1990) afirma ainda que um dos indicadores da qualidade de uma relação mãe-bebê é o *manhês* (traduzido do inglês *motherese*) – ou *parentês*, já que se trata muito mais de uma linguagem usada pelos pais para se dirigirem ao bebê do que só pela mãe. O *parentês* é uma linguagem muito atrativa para a atenção dos bebês, possivelmente por causa da entonação e das palavras utilizadas (Fernald, 1985). Fernald (1985) observou em seus estudos que crianças têm uma preferência maior por ouvir o *parentês* do que a voz de um adulto, até mesmo a de sua mãe, quando ela usa a linguagem formal e usual. Esse tipo de expressão também evoca o investimento do bebê na relação, fazendo que ele experimente emoções, se comunique e emita sons a partir do que ouve da mãe, identificando-se com ela (Brazelton, 1990; Ferreira, 2001; Saint-Georges & Cohen, 2015). É por meio dessa linguagem que o vínculo afetivo entre mãe-bebê se constitui, dando suporte à formação de um laço emocional entre eles que sustentará a constituição do bebê como sujeito.

O laço mãe-bebê e a constituição psíquica da criança como sujeito

Ressalta-se que o termo “sujeito” é usado pela psicanálise para se referir a uma instância psíquica inconsciente que se forma desde o nascimento através do desejo dos pais e das palavras que perpassam esse momento (Kupfer et al., 2009; Wanderley, 1997). Kupfer et al. (2009) acrescentam que a constituição do sujeito continua por meio do contexto social e familiar, da cultura e linguagem, e dos acontecimentos e eventualidades que atravessam a história da criança e fazem que ela tenha um lugar próprio e único no mundo.

O sujeito, tal como pressupõe Lacan, é aquele que se constitui a partir de um lugar particular no desejo de um outro por quem é cuidado, o qual o introduz numa ordem simbólica e inconsciente que o antecede e que, mediada por um terceiro, constitui-o como sujeito desejante (Roudinesco & Plon, 1998). Nessa perspectiva, a criança olha para o seu cuidador, no caso a mãe, procurando reações de satisfação e prazer que confirmarão seu sentimento de unidade e sua subjetividade, a qual é baseada na imagem de si que se forma a partir do olhar de desejo do outro (Wanderley, 1997). Assentada na interação mãe-bebê e no laço afetivo construído entre eles, a criança se constituirá como sujeito, e isso será a base para suas funções físicas, psicomotoras, neurofisiológicas, cognitivas e psíquicas, ressaltando-se que dificuldades na constituição psíquica e, conseqüentemente, no desenvolvimento infantil, podem ocorrer em casos de laços afetivos frágeis (Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco, & Pais, 2005; Kupfer et al., 2009; Pesaro, 2010; Wanderley, 1997). Momentos de cuidados maternos ao bebê, como a amamentação por exemplo, favorecem a formação desse laço, pois possibilitam que o bebê perceba os sinais do desejo materno, transmitidos pela mãe através do olhar, voz, linguagem e reações às suas iniciativas.

Quando o bebê imaginado não corresponde ao bebê real

Desde o período gestacional, a mãe cria expectativas a respeito do bebê e constrói simbolicamente uma representação de quem e como ele será, comportamento denominado *bebê imaginado*. O bebê imaginado é aquele que se constrói a partir das fantasias maternas, através da escolha do nome, dos objetos e roupas, das mudanças que os pais fazem na sua casa e na sua dinâmica conjugal e familiar para recebê-lo, além das características físicas e psíquicas que eles atribuem ao feto, conferindo, assim, uma personalidade ao bebê (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007; Piccinini et al., 2004). Essa personificação do feto permite à mãe, no momento do nascimento, encontrar-se com um filho que ela *simbolicamente conhece*, pois já tem uma história, pertence a uma família e está ligado afetivamente a ela que, assim, se sente capaz de cuidá-lo (Ferrari et al., 2007; Piccinini et al., 2004; Szejer & Stewart, 2002; Winnicott, 2005).

Por outro lado, quando o bebê real se distancia do bebê que foi idealizado, a construção do vínculo e dos laços afetivos entre o bebê e a mãe se torna difícil (Cunha, Pereira Jr., Caldeira, & Carneiro, 2016; Ferreira, 2014; Gomes & Piccinini, 2010; Kupfer, Bernardino, Mariotto, & Taulois, 2015; Vasconcelos & Petean, 2009). Nesses casos, as expectativas sobre o bebê não correspondem às fantasias maternas, e a interação mãe-bebê fica comprometida, podendo afetar negativamente a constituição psíquica do bebê (Cunha et al., 2016; Gomes, 2007; Piccinini et al., 2004).

Influências da malformação congênita para a construção do vínculo materno-infantil

Receber a notícia de que o filho possui malformação congênita pode provocar um desinvestimento emocional da mãe no laço afetivo entre eles devido à quebra de suas fantasias sobre um filho perfeito, que atenda às suas expectativas narcísicas e à sua representação de filho ideal (Ferrari et al., 2007; Ferreira, 2014; Fleck, 2011; Gomes & Piccinini, 2010; Vasconcelos & Petean, 2009). Essa notícia causa frustração e ansiedade nas mães e torna a vivência da maternidade ainda mais estressante (Cunha et al., 2016; Ferreira, 2014; Gomes & Piccinini, 2010; Gomes, Piccinini, & Prado, 2009; Kupfer et al., 2015; Mendes & Galdeano, 2008; Vasconcelos & Petean, 2009). Apenas a representação simbólica materna sobre a patologia do bebê é suficiente para que a mãe suspenda seu investimento emocional na gravidez, deixando de se dirigir ao bebê por acreditar antecipadamente que ele tem limitações que o tornam incapaz de corresponder às suas interações (Gomes et al., 2009; Jerusalinsky, 2002). A isso se soma o fato de que os problemas de saúde e de desenvolvimento do bebê podem trazer sentimento de culpa, ansiedade e/ou angústia aos pais, fazendo que eles manifestem comportamentos de superproteção (Ministério da Saúde, 2016; Winnicott, 2000). Além disso, crianças com alguma condição de vulnerabilidade biológica tendem a ter dificuldades socioafetivas, o que naturalmente prejudica suas interações sociais.

Uma das condições de vulnerabilidade biológica que podem acometer recém-nascidos com impactos sobre a constituição do vínculo afetivo precoce entre a mãe e o bebê é a microcefalia. Trata-se de uma malformação congênita que prejudica o desenvolvimento do cérebro, com repercussões para o perímetro cefálico da criança, que é menor do que o padrão para a idade e sexo (Ministério da Saúde, 2016). Geralmente, a microcefalia é uma condição de nascimento frequentemente associada a atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo e, em algumas vezes, sensorio-perceptivo, com alterações na audição e visão (Eickmann et al., 2016; Ministério da Saúde, 2016). É uma malformação congênita que pode se manifestar como sintoma ou consequência de alguma doença, como a infecção contraída pelo vírus zika, por exemplo, o qual é transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Os sintomas da doença causada por ele incluem, além de febre, erupções na pele, conjuntivite, dores nas articulações, mal-estar ou dor de cabeça com duração entre dois a sete dias e a possibilidade de microcefalia no bebê quando a mulher é acometida na gestação (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016). Para Brunoni et al. (2016), mesmo que as crianças expostas intraútero ao vírus zika não desenvolvam a microcefalia, elas podem apresentar síndromes como deficiências múltiplas e dificuldades na aprendizagem escolar ou na inserção social, o que tem sido vulgarmente chamado de síndrome do vírus zika.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera a microcefalia como um agravo emergencial na saúde pública, com impactos importantes na qualidade de vida das crianças e de toda a família, pois requer atenção às demandas familiares e o oferecimento de um cuidado integral que inclua informações e o acolhimento a todos os envolvidos (Ministério da Saúde, 2016). De acordo com a OMS (2016), o Brasil anunciou que o crescimento de casos de microcefalia nos últimos anos tem se associado à epidemia do vírus zika desde outubro de 2015. Políticas públicas de saúde voltadas para as gestantes contaminadas têm preconizado a importância da atenção à mãe e ao bebê desde o nascimento, estimulando a comunicação materna principalmente nos momentos de agitação do bebê (Ministério da Saúde, 2016).

Devido ao impacto dessa epidemia no desenvolvimento infantil, é necessário que haja intervenções direcionadas a esse grupo para que, de alguma forma, as crianças se desenvolvam com menores prejuízos, a partir do apoio médico, educacional e psicológico a suas famílias (Brunoni et al., 2016), especialmente devido a sua condição de vulnerabilidade psíquica. Estudo realizado no Brasil com recém-nascidos com microcefalia associada ao vírus zika identificou que, dos 25 pacientes avaliados, 10 bebês apresentaram histórico de convulsões, 11, alterações visuais, dois, alterações auditivas, quatro, alterações articulares, além de comprometimento motor (Flor, Guerreiro, & Anjos, 2017), o que reforça a ideia de existir uma síndrome do vírus zika que não se limita à ocorrência somente de microcefalia.

Diante da epidemia de microcefalia no país em 2015 e 2016, verifica-se a carência de pesquisas no Brasil que investiguem os desdobramentos da infecção pelo vírus zika e da microcefalia para o desenvolvimento infantil, principalmente sobre seu impacto na interação mãe-bebê. Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar o impacto da microcefalia causada pelo vírus zika na relação da díade mãe-bebê e sua repercussão sobre a formação do laço afetivo entre mães e seus bebês e no desenvolvimento infantil.

Método

Com base no delineamento descritivo, foi realizada uma pesquisa com caráter quali-quantitativa, em que se optou pela interpretação qualitativa de dados quantitativos obtidos por instrumentos psicométricos, a saber, a versão brasileira adaptada do Battelle Developmental Inventory 2nd Edition (BDI-2) e o questionário Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Irdi-Q). Dessa forma, os dados obtidos por esses instrumentos foram processados quantitativamente e posteriormente analisados qualitativamente, buscando-se relações de interpretação entre os resultados encontrados, a fim de responder ao objetivo principal deste estudo.

Participaram do estudo nove mães infectadas pelo vírus zika na gravidez, com diagnóstico confirmado por exames laboratoriais e clínicos, e seus filhos. A média de idade das mães era de 34,4 anos e das crianças, 13,4 meses, quatro delas portadoras de microcefalia e cinco sem a condição. Ambos os grupos de crianças tinham equivalência entre as idades. Todas as mães fizeram o pré-natal na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), onde o estudo foi conduzido. A coleta dos dados ocorreu em um único dia, no qual as mães compareceram para a consulta com o médico neonatologista do setor de *follow-up* da instituição, serviço responsável pelo acompanhamento e vigilância do desenvolvimento de crianças em risco biológico (prematuridade, malformações congênitas, gestações gemelares etc.) nascidas na ME-UFRJ.

Desde 2016, a ME-UFRJ tem implementado um projeto de atenção aos casos de infecção por vírus zika na gestação, com vistas à prevenção dos agravos dessa infecção para o binômio mãe-bebê. O setor de psicologia da ME-UFRJ, por meio do Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde (Lepids), tem participado desse projeto com avaliação e seguimento do desenvolvimento dos bebês cujas mães foram infectadas pelo vírus zika durante a gestação. Todas as mães participantes desse estudo estavam incluídas no projeto, e suas crianças eram avaliadas trimestralmente, do primeiro até o vigésimo quarto mês, por uma versão brasileira adaptada do BDI-2 em processo de validação no Brasil por Albuquerque (2018). Esclarece-se que até o momento da realização do presente estudo, uma das crianças não pôde ser avaliada pelo BDI-2 porque abandonou o projeto.

O BDI-2 é um instrumento padronizado que tem se mostrado sensível e útil para avaliar o desenvolvimento infantil. Por meio de situações estruturadas, de observação ou de entrevista com os pais, ele confere um quociente de desenvolvimento (QD) global ou por domínios (comunicação, motor, cognitivo, adaptativo e pessoal-social) (Newborg, 2005). A pontuação é dada com base no desempenho da criança em cada item, que se torna mais complexo de acordo com a idade (Albuquerque, Cunha, & Silva, 2017; Newborg, 2005). A aplicação e a correção dos escores e o cálculo do QD foram feitos com base no manual do BDI-2, considerando que QD abaixo de 70 indica atraso no desenvolvimento global ou por domínio (Albuquerque et al., 2017; Newborg, 2005).

Todas as mães participantes também responderam ao instrumento IrDI-Q, uma versão adaptada do instrumento Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IrDI), criado pelo Grupo Nacional de Pesquisa (“Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil”, 2003). O IrDI, assim como seu equivalente IrDI-Q, é composto por 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil observáveis na relação do bebê com seu cuidador (Machado, Lerner, Novaes, Palladino, & Cunha, 2014; Pesaro, 2010). Na adaptação do IrDI para o IrDI-Q, feita por Machado, Palladino, & Cunha (2014), os 31 indicadores de risco foram transformados em perguntas direcionadas aos cuidadores de crianças com transtornos do espectro de autismo, cujas respostas são pontuadas em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, em que sempre = 0, muitas vezes = 1, às vezes = 2, raramente = 3 e nunca = 4. Para este estudo, o IrDI-Q foi usado com o objetivo de obter informações sobre a relação da díade mãe-bebê (com e sem microcefalia), adotando-se o ponto de corte $\geq 32,5$ definido por Machado, Palladino e Cunha (2014) para identificar a presença de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil na relação mãe-bebê.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas em termos de frequência, média e desvio padrão dos dados da avaliação da relação mãe-bebê pelo IrDI-Q e da avaliação das crianças pelo BDI-2. Os dados obtidos pelo IrDI-Q e BDI-2 foram analisados buscando-se correlações entre seus resultados, com a adoção de $p \leq 0,05$ no teste de correlação de Spearman. Por fim, relações de interpretação qualitativa entre os dados quantitativos foram analisadas para responder ao objetivo principal do estudo, ou seja, analisar o impacto da microcefalia por vírus zika na relação da díade mãe-bebê, sua repercussão para a formação do laço afetivo entre a mãe e seu bebê e os desfechos para o desenvolvimento infantil.

Resultados

Os dados de avaliação da relação da díade mãe-bebê obtidos pelo IrDI-Q podem ser observados na Tabela 1, na qual são encontrados os resultados

individuais de cada díade para os dois grupos de crianças (com e sem microcefalia).

Tabela 1. Escores obtidos pelo IrDI-Q

	Díade mãe-bebê	Escore IrDI-Q
Zika, com microcefalia	1	52
	2	77
	3	31
	4	69
	Média	57,25 (DP=20,36)
Zika, sem microcefalia	1	22
	2	39
	3	12
	4	46
	5	26
	Média	29 (DP=13,56)

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Observou-se que a média do escore no IrDI-Q foi maior para as díades mãe-bebê com microcefalia ($M=57,25$), comparada a das díades mãe-bebê sem microcefalia ($M=29$), apontando que a relação mãe-bebê apresentou mais indicadores de risco para o desenvolvimento infantil quando a criança tinha microcefalia. A diferença entre as médias dos dois grupos (com e sem microcefalia) foi de 28,25 pontos. Ressalta-se que devido a limitações amostrais não foi possível testar estatisticamente essa diferença de média entre os grupos. Considerando o ponto de corte $\geq 32,5$ como indicativo de riscos clínicos para o desenvolvimento infantil, foi observado que três das quatro díades mãe-bebê com microcefalia (75%) apresentaram indicadores de risco, enquanto duas das cinco díades do grupo sem microcefalia (40%) apresentaram indicadores de risco.

Os dados da avaliação do desenvolvimento, global e por domínio, das crianças pelo BDI-2 estão apresentados na Tabela 2.

Considerando que pontos do QD abaixo de 70 indicam atrasos no desenvolvimento, as crianças com microcefalia apresentaram um desempenho inferior no BDI-2, com resultados inferiores ($M=68,3$) aos das crianças sem microcefalia ($M=98,6$), indicando o atraso no desenvolvimento global e por domínios. Apenas uma criança do grupo com microcefalia (Criança 3) apresentou QD superior a 70 em todos os domínios do desenvolvimento. Para as demais, todas apresentaram QD inferior a quatro ou mais nos domínios de desenvolvimento avaliados pelo BDI-2.

Para analisar o impacto da microcefalia na relação da díade mãe-bebê e sua repercussão para a formação do laço afetivo e para o desenvolvimento infantil foram testadas correlações entre os resultados do IrDI-Q e do BDI-2, cujos resultados estão na Tabela 3.

Tabela 2. Quocientes de Desenvolvimento (QD) obtidos pelo BDI-2, global e por domínios específicos do desenvolvimento

Criança	QD pelo BDI-2					
	Adaptativo	Pessoal-Social	Comunicação	Motor	Cognitivo	Global
Zika, com microcefalia	1	65	82	81	55	64
	2	80	75	63	64	61
	3	80	87	89	84	74
	Média	75 (DP=8,66)	81,3 (DP=6,02)	77,66 (DP=13,31)	67,66 (DP=14,84)	66,3 (DP=6,8)
Zika, sem microcefalia	1	115	108	105	100	113
	2	100	77	84	74	80
	3	90	113	116	97	100
	4	85	100	84	108	103
	5	85	103	105	110	107
Média	95 (DP=12,74)	100,2 (DP=13,88)	98,8 (DP=14,23)	97,8 (DP=14,35)	100,6 (DP=12,5)	98,6 (DP=12,48)

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 3. Correlações entre os resultados da avaliação da diáde mãe-bebê pelo Ir-di-Q e da avaliação do desenvolvimento, global e por domínio, das crianças pelo BDI-2

	Ir-di x ADP	Ir-di x P-S	Ir-di x COM	Ir-di x MOT	Ir-di x COG	Ir-di x Global
p (Spearman)	-0,663	-0,881	-0,988	-0,595	-0,714	-0,905
P	0,073	0,004	0,0001	0,12	0,047	0,002

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Adotando-se o valor de $p \leq 0,05$ para identificar correlações significativas entre os dados dos dois instrumentos, revelou-se moderada a forte a correlação negativa entre os resultados do Ir-di-Q e do BDI-2 em termos de QD global ($\rho = -0,90$) e nos domínios pessoal-social ($\rho = -0,88$), comunicativo ($\rho = -0,98$) e cognitivo ($\rho = 0,71$). Isso sugere que, à medida que a relação mãe-bebê apresenta maiores riscos para o desenvolvimento infantil (escores ≥ 32 no Ir-di-Q), a criança apresenta pior desempenho no BDI-2, com menor quociente de desenvolvimento ($QD \leq 70$). Assim, quanto mais alto o escore de indicador de risco para o desenvolvimento infantil na interação mãe-bebê pelo Ir-di-Q, menor foi o desempenho da criança na avaliação do desenvolvimento global e por domínios pelo BDI-2.

Discussão

Diante da repercussão entre as gestantes brasileiras do surto de infecção por vírus zika durante a gravidez e o possível desfecho da microcefalia para o bebê, é importante que sejam estudadas as consequências dessa situação para o desenvolvimento infantil, incluindo a preocupação com a formação do vínculo afetivo que se estabelecerá entre a mãe e seu filho e seus desdobramentos. Com o objetivo de analisar o impacto da microcefalia por vírus zika na relação da diáde mãe-bebê e sua repercussão para a formação do laço afetivo e seus efeitos para o desenvolvimento infantil, este estudo encontrou evidências de que a microcefalia tem

impacto sobre a relação da mãe com o bebê afetado, trazendo consequências para o desenvolvimento dessa criança.

Segundo Coriat e Jerusalinsky (2001), o desenvolvimento infantil pode ser observado a partir de dois eixos denominados aspectos estruturais e instrumentais. Os primeiros dizem respeito ao aparelho biológico e psíquico, enquanto os aspectos instrumentais se referem à forma como a criança organiza estruturas para interagir com o mundo por meio da aquisição de habilidades comunicativas, criação de hábitos, aprendizagem e psicomotricidade (Coriat & Jerusalinsky, 2001). Partindo desse princípio, a avaliação adotada neste estudo focalizou a análise dos aspectos instrumentais do desenvolvimento infantil.

Ressalta-se, ainda, que o instrumento adotado para avaliação das crianças, o inventário BDI-2, tem sido indicado internacionalmente como uma medida sensível e com boas propriedades psicométricas para o acompanhamento do desenvolvimento infantil (Cunha, Berkovitis, & Albuquerque, 2018). Ainda que a versão empregada esteja em fase de validação psicométrica, os estudos desenvolvidos a partir do seu uso têm confirmado sua adequação para identificar diferenças entre grupos de crianças com desenvolvimento atípico comparadas as de desenvolvimento normal (Albuquerque et al., 2017; Silva, 2019), como foi o caso deste trabalho. Ao analisarmos os resultados, foi possível observar que, dentre as crianças com menores pontuações no BDI-2, encontravam-se aquelas com microcefalia, para as quais o desempenho nos domínios motor e cognitivo foi mais baixo.

De modo geral, observamos que as díades mãe-bebê com microcefalia apresentaram maiores escores de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, avaliados pelo Irdi-Q. Analisando qualitativamente as respostas individuais das mães de ambos os grupos no Irdi-Q, itens como “a mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos” e “a criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios” foram indicadores de riscos para o desenvolvimento infantil mais frequentemente assinalados pelas mães. Em estudo sobre o alcance e limites teórico-metodológicos do Irdi, Pesaro (2010) esclarece que estes dois indicadores pertencem ao eixo teórico “instalação da função paterna”, o que pode justificar que as mães do estudo tenham assinalado com menor frequência esse item. A função paterna representaria um lugar de terceira instância dentro da relação mãe-bebê, que impediria a mãe de ver seu bebê como um objeto que existe apenas para satisfazê-la (Pesaro, 2010). Além disso, a função paterna transmite os parâmetros para a dimensão social e a cultura incidirem sobre a relação mãe-filho (Pesaro, 2010). Já o indicador “a criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios” se refere à constituição da criança na relação com o outro, relacionando-se ao fato de que ela precisa se distinguir do outro para reconhecer a si própria (Pesaro, 2010).

Nota-se, então, que os indicadores de risco que se destacaram neste estudo com o Irdi-Q dizem respeito ao encontro e à percepção do outro pela criança, o que, além de favorecer o desenvolvimento de habilidades comunicativas, também beneficia a constituição psíquica da criança e seu reconhecimento de si mesma como sujeito. Analisando apenas as respostas ao Irdi-Q das mães das crianças com microcefalia, além daqueles mesmos indicadores de risco, outro indicador que se destacou foi “a criança possui objetos prediletos”. Segundo Pesaro (2010) esse indicador se encontra no eixo “alternância presença-ausência”, que pressupõe que a criança deva ser capaz de ter uma representação simbólica da presença materna mesmo quando a mãe estiver ausente. Dessa forma, a criança será capaz de reconhecer a importância da sua mãe, mesmo que ela não esteja presente fisicamente (Pesaro, 2010). Sinais indicativos de risco no item “a criança possui objetos prediletos” apontam para a dificuldade da criança em ter um objeto de desejo que poderia cooperar para a sua independência da mãe (Pesaro, 2010).

Os resultados encontrados através da correlação entre os dados do BDI-2 e Irdi-Q indicam que, quanto maior a chance de a relação mãe-bebê apresentar indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil pelo Irdi-Q, menor tende a ser o desempenho da criança em termos de desenvolvimento pessoal-social, comunicativo e cognitivo, conforme avaliado pelo BDI-2. Isso mostra que as dificuldades na interação mãe-bebê trazem impacto ao desenvolvimento em domínios mais voltados para as interações sociais, com particular importância para o desenvolvimento socioafetivo. Os achados deste estudo confirmam que as primeiras interações

sociais da criança refletem consideravelmente na sua aquisição de habilidades sociais para relacionamentos futuros, tal como confirmado pela literatura clássica sobre desenvolvimento infantil (Bowlby, 1982, 2004; Brazelton, 1990; Kupfer et al., 2009; Winnicott, 1990).

Igualmente dados sugerem que a microcefalia tenha causado impactos na formação do laço afetivo mãe-bebê, dado corroborado pela literatura que reafirma o risco potencial para a interação pais-bebês da notícia de uma possível malformação congênita (Campana, 2013; Ferrari et al., 2007; Ferreira, 2014; Fleck, 2011; Gomes & Piccinini, 2010; Kupfer et al., 2015; Vasconcelos & Petean, 2009). Desde o momento em que a gestante recebe a notícia de malformação fetal, a sua relação com aquele filho, ainda imaginado e não real, é afetada. Para além da ansiedade típica de qualquer gestação, a vivência da maternidade nessas condições se torna ainda mais estressante (Gomes et al., 2009; Kupfer et al., 2015; Mendes & Galdeano, 2008; Vasconcelos & Petean, 2009), podendo, inclusive, afetar a saúde mental materna (Cunha et al., 2016). Nesses casos, ao se confrontar com características físicas e psíquicas que ela não atribuiu ao seu bebê durante a gestação (Ferrari et al., 2007; Piccinini et al., 2003; Szejer & Stewart, 2002), a mulher passa a experimentar sentimentos de frustração por seu filho ser diferente do que ela imaginou. Disso tudo resulta a desorganização psíquica da mãe, com seu consequente afastamento e desinvestimento emocional no bebê, o que se dá como um mecanismo de proteção para lidar com essa situação angustiante (Ferreira, 2014; Gomes, 2007; Gomes & Piccinini, 2010; Vasconcelos & Petean, 2009). O que a mãe imagina sobre a malformação faz ela criar fantasias sobre sua incapacidade de ser mãe naquelas condições, por vezes relacionadas às incapacidades e limitações que ela pressupõe que seu filho terá (Gomes et al., 2009; Jerusalinsky, 2002). Dessa forma, a profecia do fracasso pode até se cumprir, mesmo que a patologia não causasse tal limitação (Jerusalinsky, 2002).

Para minimizar esse impacto, no final da gravidez é necessário que a mãe iniba a representação imaginária do bebê e se adapte psicologicamente ao filho real, o que ajudará na constituição do laço afetivo e a auxiliará a exercer mais plenamente sua função de cuidadora e facilitadora do desenvolvimento (Cunha et al., 2016; Ferrari et al., 2007). Diante do impacto precoce na constituição psíquica do bebê, é importante a atenção integral aos aspectos da saúde mental da gestante nos serviços pré-natais. Acolher as angústias e oferecer suporte emocional e informacional à gestante, não só no final da gravidez, mas durante toda a gestação, devem ser medidas tomadas para ajudar a mãe a investir simbólica e afetivamente no seu futuro bebê. Se bem-informada e acolhida nas suas angústias, o momento de encontro da mãe com o bebê real e o processo de aceitação dessa criança pode se tornar menos difícil.

É importante mencionar que a ansiedade e a angústia vividas intensificam uma dificuldade que já existia, uma vez que a patologia da criança gera

dificuldades no comportamento social e afeta suas interações sociais, inclusive entre ela e sua mãe. Isso foi observado em um dos casos desse estudo, no qual uma das díades mãe-bebê com microcefalia apresentou alta pontuação no Irdi-Q, apontando alto índice de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Neste caso, destaca-se que o bebê possuía grave alteração visual provocada pela infecção do vírus zika. Alterações visuais são condições de nascimento comumente associadas à microcefalia (Eickmann et al., 2016; Flor et al., 2017; Ministério da Saúde, 2016) e, para esta díade do estudo, o problema repercutiu negativamente na relação mãe-bebê com desfechos diretos para o desenvolvimento da criança, que também apresentou baixo desempenho do BDI-2. Itens do Irdi-Q como “eu troco olhares com meu/minha filho(a)”, “meu/minha filho(a) procura ativamente pelo meu olhar”, “meu/minha filho(a) busca o olhar de aprovação do adulto” e “meu/minha filho(a) olha com curiosidade para o que me interessa” foram altamente pontuados por aquela mãe e resultaram nos indicadores de risco encontrados.

É importante mencionarmos que as alterações visuais competem ao sentido da visão, que deve ser diferenciada de olhar, pois a primeira diz respeito ao funcionamento de um órgão, enquanto o segundo diz respeito a uma função psíquica (Cullere-Crespin, 2004). Por mais que estes dois conceitos sejam complementares, eles possuem significados diferentes. O olhar está relacionado à identificação com o outro, com a troca e a interação face a face como bases importantes para a formação do vínculo afetivo entre mãe e filho. É fundamental que a criança olhe para a sua mãe a fim de se identificar com ela e, assim, estabelecer uma relação de sincronia entre ambas (Césarís, 2013; Saint-Georges & Cohen, 2015). Da mesma forma, pode-se pensar que a falta desse vínculo de identificação prejudica o investimento tanto da criança quanto da mãe na relação, podendo diminuir o desejo pela procura pelo olhar do outro.

A falta dessa troca de olhares pode provocar prejuízos na constituição psíquica do sujeito, assim como no aprimoramento de suas funções físicas, psicomotoras, neurofisiológicas e cognitivas, já que a criança olhar para seu cuidador para encontrar nele reações de prazer e perceber seus sinais de desejo é fundamental para o desenvolvimento psíquico (Figueiredo et al., 2005; Kupfer et al., 2009; Pesaro, 2010; Wanderley, 1997). Por sua vez, a falta desses elementos repercute desfavoravelmente no desenvolvimento de outros domínios, como o da comunicação, por exemplo (Brazelton, 1990; Césarís, 2013), o que foi observado na avaliação do bebê com microcefalia mencionado anteriormente, cuja relação com a mãe apresentou alta pontuação no Irdi-Q. Na avaliação pelo BDI-2, o bebê apresentou QD normal nos domínios adaptativo e pessoal-social, mas mostrou atraso nos desenvolvimentos comunicativo, motor e cognitivo, além de risco de atraso no desenvolvimento global.

Na análise deste caso, presume-se que a carência de uma interação face a face dificultou a interação comunicativa materna. Possivelmente a falta do reconhecimento daquela mãe de outras dicas interativas do seu filho, além das visuais, repercutiu negativamente no sentimento de sincronia que sustentaria sua interação com o bebê e permitiria um contato mais favorável entre eles (Brazelton, 1990; Ferreira, 2001; Saint-Georges & Cohen, 2015).

Especialmente para a população acometida pelo vírus zika, é importante que sejam implementadas ações de promoção da interação mãe-bebê que também incluam o pai, pois ele poderá oferecer suporte para a construção do laço afetivo na gestação, mesmo para os casos em que a criança não desenvolve a microcefalia (Figueiredo et al., 2005). Além disso, o pai exerce um papel fundamental como um terceiro outro, que medeia a relação mãe-bebê, colaborando, assim, na constituição psíquica da criança como sujeito com um lugar no desejo do outro (Roudinesco & Plon, 1998). Dessa forma, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde, é importante e prioritário que se incentive a comunicação entre o bebê e sua mãe, afetada pelo vírus zika durante a gestação (Ministério da Saúde, 2016), reconhecendo-se, assim, que a interação mãe-bebê, nesses casos, pode apresentar riscos ao desenvolvimento infantil, sobretudo quando existem outros agravos causados pelo vírus ainda desconhecidos.

Considerando estes achados, bem como o aporte teórico adotado, reafirma-se a importância da atenção à saúde mental da população gestante com diagnóstico confirmado ou suspeita de infecção pelo vírus zika e outros que afetam o desenvolvimento fetal e da criança. Essa mulher pode se sentir insegura quanto a sua capacidade de gerar e cuidar do filho, quando devem ser incentivadas sua criatividade e capacidade de elaborar simbolicamente sua imagem do bebê, com reflexos positivos para seu relacionamento com ele. A atenção para essa população deve ser redobrada, e medidas de identificação dos riscos ao desenvolvimento infantil devem ser adotadas, com especial foco na proposição de ações para minimizar os efeitos e os prejuízos de condições como a infecção por vírus zika na gravidez. Identificar e reconhecer a função desempenhada pela mãe para que as operações psíquicas fundamentais se organizem e sirvam de base para a constituição psíquica da criança como sujeito é fundamental. Instrumentos de avaliação de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil como o Irdi são propostas que cumprem esta função. Ainda que ele não tenha sido usado com esse fim neste estudo, permitiria prever quais funções maternas estariam em déficit na relação mãe-bebê para, então, serem propostas intervenções que auxiliassem mais diretamente a mãe no estabelecimento das demandas do filho, as quais devem ser reconhecidas por ela precocemente (Césarís, 2013; Kupfer et al., 2009).

Por fim, ainda que o Irdi-Q não seja um instrumento validado para a avaliação de indicadores de

risco em díades mãe-bebê com malformação congênita, ele foi eficaz para atender ao objetivo deste estudo. Diante dos maiores escores no Irdi de díades mãe-bebês com microcefalia, sugerem-se estudos longitudinais que permitam obter mais informações e esclarecimentos, especialmente sobre a capacidade de leitura do instrumento sobre a constituição do vínculo. Destacam-se, de modo geral, instrumentos que avaliam a relação mãe-bebê considerando a interação a partir de um dos parceiros da díade. Diferentemente, o Irdi, que analisa os processos de vinculação ou como os parceiros se afetam mutuamente, permitiria uma análise da construção do laço afetivo pai-bebê e suas repercussões, o que poderia ampliar a análise das especificidades da relação mãe-bebê com malformações e sua influência para o desenvolvimento infantil e para a formação do laço afetivo.

Embora os achados tenham sido relevantes para a discussão dos impactos da malformação sobre a relação mãe-bebê e suas consequências para o desenvolvimento infantil, é importante discutir algumas limitações do estudo. Primeiramente, o tamanho amostral não permite generalização dos dados, e sugerem-se investigações com amostras maiores, que permitam realizar análises estatísticas mais robustas e ampliar a interpretação qualitativa dos dados quantitativos. Por sua vez, os resultados sobre a avaliação do desenvolvimento infantil também devem ser analisados com reserva, pois as especificidades do desenvolvimento das crianças cuja mãe foi infectada por vírus zika na gravidez, mas não tiveram microcefalia, ainda são desconhecidas. Estudos sobre os desfechos do vírus para o binômio mãe-bebê e o desdobramento da microcefalia que acomete alguns, mas não todos os bebês infectados, ainda são escassos. Nossos achados podem ser um incentivo inicial para que sejam feitas mais pesquisas voltadas para a avaliação do vínculo afetivo em crianças nascidas em situação de vulnerabilidade biológica, inclusive estudos longitudinais que tenham a proposta de acompanhamento das relações com uso de ferramentas como o Irdi e o BDI, que se mostraram promissores, com valor preditivo para problemas no neurodesenvolvimento e, também, para triagem de riscos ao desenvolvimento de crianças com transtornos do espectro autista.

Considerações finais

Os achados deste estudo confirmam a literatura, mostrando que uma malformação congênita, como no caso da microcefalia, tem impacto para o vínculo afetivo entre o bebê e sua mãe, com desfechos negativos para diferentes domínios do desenvolvimento infantil e repercussões para a formação do laço afetivo entre eles. No entanto, não podemos concluir que os resultados sobre os indicadores de risco na relação mãe-bebê se devam exclusivamente à microcefalia ou ao diagnóstico do vírus zika na gravidez, já que uma das díades mãe-bebê sem microcefalia também apresentou indicadores de risco. Pode-se concluir que ambos, a microcefalia e o vírus zika, representam riscos agregados à relação mãe-bebê.

Não se pode esquecer, ainda, que a formação do laço afetivo mãe-bebê também é afetada pela frustração materna diante de qualquer notícia negativa recebida durante a gravidez. Logicamente, um diagnóstico de um bebê malformado, muito diferente do filho idealizado e desejado, prejudica o processo de investimento emocional e simbólico de uma mãe na relação com seu filho, o qual é um novo ser que dependerá dela, inicialmente de forma absoluta ou relativa até sua independência, para alcançar seu status de sujeito. Quer seja pelo superinvestimento (excesso de cuidados e superproteção) ou pelo desinvestimento emocional materno (negligência), a relação da mãe com seu bebê sofre impacto da microcefalia e merece atenção. Logo, é importante que os profissionais de saúde estejam informados e sejam preparados para acolher estas díades mãe-bebê, reconhecendo os riscos clínicos para o desenvolvimento infantil e para a saúde mental materna. Toda a família precisa receber atenção e apoio psicológicos, e é essencial incluir o pai do bebê, de modo que ele também receba o acolhimento e o suporte emocional necessários para investir na construção de um vínculo afetivo com a criança e possa representar um suporte emocional e simbólico à díade. Somente com base nesse vínculo será possível atender às demandas da mãe e estimular a criança para que, independentemente das limitações de sua condição biológica, ela se desenvolva o mais plenamente possível.

Impact of microcephaly on the mother-child relations and its repercussions on child development

Abstract: Affective mother-child relations are fundamental for child development, which can be impacted by conditions such as microcephaly, due to Zika virus infection during pregnancy. This study sought to analyze the ensuing repercussions on the mother-child relations and its outcomes for child development. A descriptive study was conducted with nine mothers infected by Zika virus and their newborns, four of them born with microcephaly. All mothers were attended at the Maternity School Hospital of the Federal University of Rio de Janeiro, and answered the Risk Indicators for Child Development. The newborns were evaluated by the Battelle Developmental Inventory 2nd edition. Results show that the mother-child relations presented higher risk for child development when the newborn had microcephaly.

Keywords: mother-child relation, child development, microcephaly.

L'impact de la microcéphalie sur les relations mère-enfant et ses répercussions sur le développement de l'enfant

Résumé : Les relations affectives mère-enfant sont fondamentale pour le développement de l'enfant et peut être affecté par des conditions telles que la microcéphalie, due à l'infection par le virus Zika pendant la grossesse. Cette étude a cherché à analyser les répercussions qui en découle sur les relations mère-enfant et leurs conséquences sur le développement de l'enfant. Une recherche descriptive a été menée auprès de neuf mères infectées par le virus Zika et de leurs nouveau-nés, dont quatre atteint de microcéphalie. Toutes les mères ont été suivie à la maternité de l'Université fédérale de Rio de Janeiro, et ont répondu aux Indicateurs de risque pour le développement de l'enfant. Les nouveau-nés ont été évalués par le Battelle Developmental Inventory 2nd edition. Les résultats montrent que la relation mère-enfant présentent un risque plus élevé pour le développement de l'enfant lorsque le nouveau-né est atteint de microcéphalie.

Mots-cles : relations mère-enfant, développement de l'enfant, microcéphalie.

Impacto de la microcefalia en el vínculo madre-bebé y sus repercusiones para el desarrollo infantil

Resumen: El vínculo afectivo madre-bebé es fundamental para el desarrollo infantil, sin embargo, puede ser impactado por una condición como la microcefalia, que resulta de la infección por el virus Zika durante el embarazo. El objetivo de este estudio fue analizar las repercusiones de este impacto en el vínculo madre-bebé y sus resultados para el desarrollo infantil. Este es un estudio descriptivo realizado con nueve madres infectadas por el virus Zika y sus bebés, cuatro de ellos nacieron con microcefalia. Todas las madres fueron atendidas en el Hospital Maternidade Escola de la Universidade Federal do Rio de Janeiro y han respondido el cuestionario de Indicadores de Riesgo para el Desarrollo Infantil, y sus bebés fueron evaluados por el Inventario de Depresión de Beck. Se observó que la relación madre-bebé presenta más indicadores de riesgo para el desarrollo del niño cuando el bebé tenía microcefalia.

Palabras clave: relación madre-bebé, desarrollo infantil, microcefalia.

Referências

- Albuquerque, K. A. (2018). *Adaptação transcultural do Battelle Developmental Inventory, 2nd edition para o Brasil e evidências psicométricas da versão de triagem para avaliação de crianças até dois anos de idade* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Albuquerque, K. A., Cunha, A. C. B., & Silva, P. P. (2017). *Discutindo sobre a sensibilidade de uma versão adaptada do Battelle Developmental Inventory para avaliação de crianças com teste positivo para vírus zika, nascidas com e sem microcefalia* [Apresentação de trabalho]. 47ª reunião anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, São Paulo, SP, Brasil.
- Azevedo, E. C., & Moreira, M. C. (2012). Psiquismo fetal: Um olhar psicanalítico. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 1(2), 64-69. Recuperado de <https://bit.ly/3QVNYpY>
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2004). *Separação: Angústia e raiva* (Col. Apego e perda, Vol. 2). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre, RS: Artes médicas.
- Brazelton, T. B. (1990). Como os bebês tomam conhecimento do amor. In T. B. Brazelton, *Ouvindo uma criança* (pp. 21-27). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Brunoni, D., Blascovi-Assis, S. M., Osório, A. A. C., Seabra, A. G., Amato, C. A. H., Teixeira, M. C. T. V., Rocha, M. M., & Carreiro, L. R. R. (2016). Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus zika: Impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3297-3302. doi: 10.1590/1413-812320152110.16832016
- Campana, N. T. C. (2013). *Uso de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Irdi) na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <https://bit.ly/3z9iLYu>
- Césarís, D. M. C. (2013). *O uso dos instrumentos IRDI e AP3 no acompanhamento da constituição da imagem corporal/especular de crianças em centros de educação infantil* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <https://bit.ly/3zcEsXw>
- Coriat, L. F., & Jerusalinsky, A. (2001). Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. *Escritos da Criança*, (4), 3-9.
- Cullere-Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: O nascimento do humano*. São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
- Cunha, A. C. B., Berkovits, M. D., & Albuquerque, K. A. (2018). Developmental assessment with young children: A systematic review of Battell studies. *Infants & Young Children*, 31(1), 69-90. doi: 10.1097/ITYC.0000000000000106
- Cunha, A. C. B., Pereira, J. P., Jr., Caldeira, C. L. V., & Carneiro, V. M. S. P. (2016). Diagnóstico de malformações congênitas: Impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 601-611. doi: 10.1590/1982-02752016000400004

- DeCasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborn's perception of speech sounds. *Infant Behavior & Development*, 9(2), 133-150. doi: 10.1016/0163-6383(86)90025-1
- Eickmann, S. H., Carvalho, M. D. C. G., Ramos, R. C. F., Rocha, M. A. W., Linden, V., & Silva, P. F. S. (2016). Síndrome da infecção congênita pelo vírus zika. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(7), e00047716. doi: 10.1590/0102-311X00047716
- Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior & Development*, 8(2), 181-195. doi: 10.1016/S0163-6383(85)80005-9
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313. doi: 10.1590/S1413-73722007000200011
- Ferreira, F. S. (2014). O impacto psicológico nas mães pelo nascimento de uma criança com síndrome de Down. *Psicologia.pt*. Recuperado de <https://bit.ly/3bv3zfX>
- Ferreira, S. S. (2001). Por que falar ao bebê se ele não compreende? In M. C. Camarotti (Org.), *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar* (pp. 97-116). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Fiamenghi, G. A. (1999). Emoção e intersubjetividade. In G. A. Fiamenghi, *Conversas dos bebês* (pp. 30-43). São Paulo, SP: Hucitec.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebê. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(2-3), 121-131. Recuperado de <https://bit.ly/3bDJ6Wv>
- Fleck, A. (2011). *O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <https://bit.ly/3b6eAon>
- Flor, C. J. D. R. V., Guerreiro, C. F., & Anjos, J. L. M. (2017). Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com microcefalia associado ao zika vírus. *Pesquisa em Fisioterapia*, 7(3), 313-318. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v7i3.1386
- Gomes, A. G. (2007). *Malformação do bebê e maternidade: Impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <https://bit.ly/3J5CEEi>
- Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: Aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38. doi: 10.1590/S0103-56652010000100002
- Gomes, A. G., Piccinini, C., & Prado, L. C. (2009). Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: Repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(2), 95-104. doi: 10.1590/S0101-81082009000200003
- Jerusalinsky, J. (2002). É possível prevenir ou só resta remediar? Precocidade e prevenção na intervenção com bebês. In J. Jerusalinsky (Org.), *Enquanto o futuro não vem. A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês* (pp. 224-256). Salvador, BA: Ágalma.
- Kupfer, M. C., Bernardino, L. F., Mariotto, R. M., & Taulois, D. (2015). Metodologia IRDI nas creches: Um acompanhamento do desenvolvimento psíquico na primeira infância. In M. C. Kupfer & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: Novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp. 35-45). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A., Bernardino, L. F., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., . . . , & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: Um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 13(1), 31-52. doi: 10.1590/S1415-47142010000100003
- Machado, F. P., Lerner, R., Novaes, B. C. A. C., Palladino, R. R. R., & Cunha, M. C. (2014). Questionário de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil: Avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. *Audiology – Communication Research*, 19(4), 345-351. doi: 10.1590/S2317-64312014000300001392
- Machado, F. P., Palladino, R. R. R., & Cunha, M. C. (2014). Adaptação do instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil para questionário retrospectivo para pais. *CoDAS*, 26(2), 138-147. doi: 10.1590/2317-1782/2014001IN
- Mendes, A. P. D., & Galdeano, L. E. (2008). Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(3), 363-371. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v5i3.5037>
- Ministério da Saúde. (2016). *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado de <https://bit.ly/3OST70r>
- Newborg, J. (2005). *Battelle Developmental Inventory – second edition*. Itasca, IL: Riverside.
- Pesaro, M. E. (2010). *Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <https://bit.ly/3b5v0gy>
- Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. (2003). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(2), 7-25. doi: 10.1590/1415-471420030002001
- Piccinini, C. A., et al. (2003). O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes e adultas. *Interações*, 8(16), 81-108. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000200005&lng=pt&tlng=pt
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232. doi: 10.1590/S0102-37722004000300003
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Saint-Georges, C., & Cohen, D. (2015). O que a sincronia e o manhês podem nos esclarecer sobre a dinâmica

- interativa dos bebês (futuros autistas) e seus pais? In M. C. Kupfer & M. Szejer (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: Novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp. 317-346). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Spitz, R. A. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Szejer, M., & Stewart, R. (2002). *Nove meses na vida da mulher: Uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento* (2a ed.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Vasconcelos, L., & Petean, E. B. L. (2009). O impacto da malformação fetal: Indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 69-82. Recuperado de <https://bit.ly/3ucYIGK>
- Wanderley, D. B. (Org.). (1997). *Palavras em torno do berço: Intervenções precoces bebê e família*. Salvador, BA: Ágalma.
- Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual* (3a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Recebido: 18/07/2019

Revisado: 27/01/2021

Aprovado: 06/06/2022