Costura fisioterapêutica: entrelaçamento entre corpo, ambiente e vínculo nos primórdios da vida

Physiotherapeutic stitching: the intertwining of body, environment, and bond in the early stages of life

Maíra Maneschy[*]

Resumo: Este artigo examina, a partir de uma perspectiva interdisciplinar entre a fisioterapia pediátrica e a psicanálise, os primórdios da vida como território privilegiado de constituição simultânea do psiquismo e do desenvolvimento neuro-motor do bebê. Argumenta-se que a comunicação nos primeiros meses de vida é essencialmente sensorial, tônica e rítmica, e que a qualidade da presença do cuidador é determinante não apenas para a estruturação psíquica, mas para a organização motora do bebê. A partir das contribuições de Winnicott, Bion, Lebovici, Trevarthen, Stern, Dolto e Bullinger, propõe-se uma clínica fisioterapêutica global, que não dissocia o desenvolvimento motor do campo relacional no qual ele emerge. Dois casos clínicos ilustram como o atraso motor pode ser lido como expressão de uma falha no ambiente emocional, e como a reorganização desse campo possibilita o curso do desenvolvimento.
Palavras-chave: Primórdios. Vínculo. Desenvolvimento neuro-motor. Tônus. Fisioterapia pediátrica. Intersubjetividade.

Abstract: *Starting from an interdisciplinary perspective bridging pediatric physical therapy and psychoanalysis, this article examines the beginnings of life as a privileged territory for the simultaneous formation of the infant's psyche and neuro-motor development. Drawing on the contributions of Winnicott, Bion, Lebovici, Trevarthen, Stern, Dolto, and Bullinger, a holistic physiotherapeutic clinical approach is proposed, one that does not dissociate motor development from the relational field in which it emerges. Two clinical cases illustrate how motor delay can be*

[*] Graduação em Fisioterapia e Licenciatura em Dança. Pós-graduação em Arteterapia e Especialização em Desenvolvimento infantil e Fisioterapia pediátrica. Membro Associado em Formação do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ) e Membro do grupo de pesquisa Primórdios da Vida Psíquica.

interpreted as an expression of a failure in the emotional environment, and how the reorganization of this field enables the course of development.
Keywords: *Early stages. Bond. Neuro-motor development. Muscle tone. Pediatric physical therapy. Intersubjectivity.*

1. INTRODUÇÃO

O convite para pensar o corpo do bebê e suas vias de expressão no encontro entre a clínica fisioterapêutica e a psicanálise é, antes de tudo, um convite a habitar uma zona de fronteira. É nesse espaço fronteiriço – entre o somático e o psíquico, entre o gesto e o afeto, entre o tônus e a palavra – que se dá o mais fundamental dos processos humanos: a constituição de um sujeito a partir do encontro com o outro.

Nos primórdios da vida, o bebê ainda é pré-verbal. Sua linguagem é o corpo: o choro, o sorriso, o tônus muscular, o olhar, o ritmo da sucção, a postura diante do colo. Toda a sua existência se organiza a partir de experiências sensoriais que, antes de serem representadas, são vividas na carne, na relação concreta com quem o cuida.

A fisioterapia pediátrica, quando atravessada pelo pensamento psicanalítico, ganha em profundidade e complexidade. O corpo do bebê deixa de ser apenas um sistema neuro-motor a ser avaliado e passa a ser compreendido como um campo de inscrição relacional, no qual se depositam as marcas do vínculo, da presença e da ausência do cuidador, das qualidades do ambiente emocional. Nessa perspectiva, o atraso motor não é lido apenas como sinal de disfunção neurológica: pode ser, também, expressão de um campo relacional que não ofereceu ao bebê as condições necessárias para que ele desejasse e pudesse se mover.

É nessa articulação – entre o desenvolvimento neuro-motor e a estruturação psíquica – que este artigo se situa. Apresentamos, a seguir, o referencial teórico que sustenta essa leitura, seguido de dois casos clínicos que ilustram, na concretude do encontro, a indissociabilidade entre corpo, movimento e vínculo.

2. DO NASCIMENTO À DIFERENCIAÇÃO: RUPTURA, AMBIENTE E JOGO

O nascimento inaugura, para o bebê, uma ruptura radical. De uma experiência intrauterina marcada pela continuidade – de temperatura, de ritmo, de envolvimento sensorial –, o bebê passa abruptamente à descontinuidade corporal e ambiental. Essa transição implica uma reorganização total da sua experiência de existir e é a qualidade do ambiente que encontra que determinará, em grande medida, como essa reorganização se processará.

Winnicott (1956/1978, 1960/1983) descreveu com precisão essa dinâmica ao propor o conceito de ambiente facilitador como condição fundamental para o desenvolvimento emocional primitivo. Em sua formulação mais radical, não existe bebê sem ambiente – o que aponta para o fato de que o bebê só pode ser pensado em sua relação com o cuidador. Como afirma o autor: "o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses, possibilita à criança concretizar seu potencial" (WINNICOTT, 1960/1983, p. 43).

A partir dessa ruptura inaugural, bebê e cuidador começam a construir juntos um jogo de presença e ausência, de encontro e desencontro. Esse jogo tem função estruturante: permite que o bebê aprenda, gradualmente, a tolerar a ausência do objeto e a internalizar sua imagem, construindo os alicerces do psiquismo. O vazio da ruptura, quando bem dosado pelo cuidador, torna-se o espaço potencial da subjetivação (WINNICOTT, 1971/1975). O bebê procura, enquanto se movimenta, entender para onde e como seus gestos ecoam. Sem esse eco, ele ficaria parado.

3. A QUALIDADE DA PRESENÇA DO CUIDADOR: PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA E FUNÇÃO DE PENSAR

Se o nascimento inaugura a descontinuidade, é a presença qualificada do cuidador que oferece ao bebê as condições para suportá-la e transformá-la. Winnicott (1956/1978) cunhou o conceito de preocupação materna primária para descrever um estado psicológico especial que se instala na mãe nas semanas que antecedem e sucedem o nascimento: uma hipersensibilidade que permite à mãe identificar-se com o bebê e responder às suas necessidades antes mesmo que elas se tornem sofrimento.

Essa noção dialoga profundamente com o conceito bioniano de rêverie (BION, 1962/1994). Para Bion, a mãe exerce sobre o bebê uma função continente: ela recebe os estados emocionais brutos do bebê – os elementos beta, ou seja, experiências não metabolizadas, insuportáveis –, processa-os com sua capacidade de pensar (função alfa) e os devolve ao bebê em forma tolerável e significada. É, em termos concretos, uma mãe que "pensa pensamentos" pelo bebê, construindo para ele a possibilidade de um aparelho psíquico capaz de metabolizar a experiência.

Importa sublinhar que essa função não é cognitiva – é sensorial, corporal, afetiva. A mãe que exerce a revêrie o faz por meio do tom de voz, do ritmo do

toque, do tempo de sua resposta, da qualidade do seu olhar. É mais o como do que o quê. Quando essa função está comprometida – quando a mãe não consegue estar presente em seu próprio corpo no encontro com o bebê –, os efeitos se inscrevem diretamente na organização tônica e motora da criança, como veremos nos casos clínicos apresentados adiante.

4. O BEBÊ COMPETENTE: DE LEBOVICI A TREVARTHEN

Uma das inflexões mais importantes para a clínica com bebês é o deslocamento de uma perspectiva deficitária para uma perspectiva de competência. Serge Lebovici (1983, 1994) propôs que o bebê é um ser capaz de transformar suas competências em performance – não apenas possui potencialidades inatas, mas as atualiza de forma ativa no campo relacional. Essa concepção tem implicações clínicas diretas: o sintoma do bebê não é lido como déficit ou falha do sistema, mas como ação produzida por ele, muitas vezes voltada à manutenção da própria vida. O sintoma é um chamado ativo.

Para a fisioterapia pediátrica, esse olhar é transformador. Um bebê com atraso motor não é um bebê que "não consegue" – é um bebê cujo ambiente não lhe ofereceu ainda as condições para que ele quisesse e pudesse atualizar suas competências motoras. A pergunta clínica se desloca: não apenas "o que esse bebê não faz?", mas "o que esse bebê está comunicando com o que não faz?".

Colwyn Trevarthen (1979, 2001) amplia essa perspectiva ao propor o conceito de intersubjetividade primária. Para o autor, o bebê nasce com motivação inata para a comunicação: ele não é passivo diante do cuidador, mas coconstrói com ele o que será o maternar, o cuidar. Trevarthen descreve o bebê como um "professor de língua multimodal singular": ele ensina ao cuidador suas expressões, seus gostos, suas necessidades, convocando-o a aprender sobre ele. Essa coconstrução é, portanto, bidirecional – e é nela que o desenvolvimento motor e psíquico se organiza simultaneamente.

5. TÔNUS, MULTIMODALIDADE E VÍNCULO: ARTICULAÇÕES ENTRE CORPO E RELAÇÃO

5.1 A comunicação multimodal nos primórdios

A comunicação nos primórdios da vida é essencialmente multimodal. Trevarthen (2001) identificou os elementos que compõem essa linguagem compartilhada: elementos sonoros (o manhês e outras vocalizações), tonalidade de voz, tônus corporal, direcionamento do olhar, tempo e ritmo, modalidades sensoriais como o tato, a visão, o olfato e a gustação, gestos, imitação e a percepção dos ritmos corporais do outro.

> As trocas comunicativas não ocorrem apenas pela modalidade sonora, pela fala do adulto ou do bebê. Há sempre uma multimodalidade em jogo: o bebê está ao mesmo tempo ouvindo, vendo, sentindo o cheiro, o gosto, sentindo tatilmente quando é segurado e tocado, e sobre tudo isso realiza um trabalho complexo de interpretação. Além, claro, de não estar atento apenas ao que lhe oferecemos, mas também ao mundo à sua volta (TREVARTHEN, 2001, p. 98)

É fundamental sublinhar que essa multissensorialidade não é exclusiva do bebê. Seu cuidador também opera com todos esses canais porosos abertos, respondendo ao bebê com seu próprio corpo, seu próprio tônus, seus próprios ritmos. Estamos diante de um jogo intersubjetivo no qual os dois participantes se compreendem em termos essencialmente corporais — com movimentos, intenções e sensações.

Daniel Stern (1985) contribui decisivamente para a compreensão desse jogo ao descrever os afetos de vitalidade: qualidades afetivas que não se referem a emoções discretas, mas a dimensões dinâmicas da experiência, como o "irrompente", o "fluindo"', o "desvanecer". São essas qualidades que o cuidador espelha ao bebê na sintonização afetiva (*affect attunement*) – respondendo não apenas ao conteúdo do afeto, mas à sua forma, ao seu tempo, à sua intensidade. O cuidador vai nomeando, criando bordas para essa dinâmica, com o que Stern (2004) chamou de "palavras verdadeiras".

5.2 O tônus como linguagem: a contribuição de Bullinger

André Bullinger (2004) oferece uma contribuição singular para a articulação entre desenvolvimento sensório-motor e campo relacional. Para o autor, o tônus muscular não é apenas uma propriedade neurofisiológica – é a interface viva entre o organismo e o ambiente, o primeiro mediador da relação do bebê com o mundo.

Em sua abordagem do desenvolvimento sensório-motor, Bullinger descreve como o bebê organiza progressivamente sua experiência a partir do eixo tônico-emocional: o tônus responde às experiências sensoriais e relacionais, e é a partir dessa regulação tônica que os primeiros padrões motores se organizam. Um ambiente relacional que oferece continência, ritmo e previsibilidade permite ao bebê regular seu tônus e, a partir daí, explorar o espaço, o movimento e o mundo. Um ambiente que não oferece essa continência produz um organismo em estado de alerta permanente – hipertônico, rígido, incapaz de ceder ao relaxamento necessário para a exploração motora.

Bullinger (2004) articula, assim, o que essa clínica fisioterapêutica observa cotidianamente: um bebê que não recebe um ambiente emocional organizado tende a apresentar alterações tônicas que não têm causa neurológica primária, mas relacional. O sistema nervoso autônomo, sem a regulação oferecida pelo cuidador, mantém o organismo em modo simpático – de alerta, de defesa – impedindo a entrada no modo parassimpático que permite o repouso, a alimentação eficiente, o sono e, fundamentalmente, o movimento exploratório.

Essa perspectiva ressoa profundamente com o que Dolto (1984) descreveu como imagem inconsciente do corpo: a representação mais arcaica de si mesmo, construída nas primeiras experiências de contato com o outro, anterior à palavra e à imagem especular. Essa imagem – ou sua ausência, sua incompletude – se inscreve no tônus, na postura, no padrão motor do bebê. O corpo do bebê é, portanto, a memória viva do encontro com o cuidador.

Nesse sentido, quando Winnicott (1960/1983) afirma que "o ambiente não faz a criança, na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial", ele está dizendo algo que a fisioterapia pediátrica pode ler em termos muito concretos: um ambiente emocional organizado é condição para que o bebê concretize suas competências motoras. O desenvolvimento neuro-motor e o desenvolvimento psíquico não são paralelos – são entrelaçados.

6. CASOS CLÍNICOS

Os dois casos apresentados a seguir foram acompanhados pela autora em contexto de atendimento fisioterapêutico pediátrico. Os nomes das pacientes foram substituídos por descrições clínicas para preservar o anonimato. As intervenções realizadas articulavam avaliação e condução fisioterapêutica com leitura do campo relacional, em conformidade com a perspectiva teórica desenvolvida acima.

6.1 A bebê que só chorava

A primeira paciente chegou ao atendimento com três meses de vida, encaminhada com queixa de choro excessivo, dificuldade de sono e alimentação insuficiente. Ao exame fisioterapêutico, apresentava padrão extensor acentuado e hipertonia generalizada – quadro incompatível com o esperado para a faixa etária, na qual se espera boa alternância entre flexão fisiológica e padrão extensor, com gradual organização tônica a partir das trocas relacionais.

Nas sessões iniciais, a bebê não cessava o choro. As intervenções diretas de mobilização e relaxamento tônico produziam pouco efeito sustentado. A observação clínica foi então ampliada para o campo relacional: em uma das sessões, a mãe amamentava a bebê sentada em um banco sem encosto, com a coluna rígida e o olhar dirigido ao celular, sem nenhuma conexão visual ou tátil com a filha. O encontro entre os dois corpos era fisicamente próximo, mas relacionalmente ausente.

Em uma sessão com o casal, a mãe revelou que sentia muita falta do período da gestação, quando o marido estava muito conectado a ela. Após o nascimento da bebê, o marido voltava toda a sua atenção para a filha, e a mãe sentia-se invisível, não vista. Esse dado clínico foi determinante para a compreensão do quadro: a preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956/1978) estava comprometida não por falha intrínseca da mãe, mas porque ela própria não estava sendo amparada – não havia quem exercesse, para ela, a função continente que ela precisava para exercê-la com a filha (BION, 1962/1994).

A intervenção foi reorganizar a cadeia de continência. Posicionou-se o marido encostado em um grande urso de pelúcia, a mãe encostada no marido e a bebê no colo da mãe. A partir dessa configuração – na qual cada um ampa-

rava o seguinte – todas as sessões de fisioterapia passaram a ser conduzidas. O corpo da mãe, agora sustentado, pôde gradualmente ceder sua rigidez e oferecer à bebê um colo presente e responsivo.

Os efeitos foram progressivos e consistentes. Com o campo relacional reorganizado, foi possível trabalhar o relaxamento tônico da bebê, a flexão fisiológica, alternância entre padrão de flexão e extensão, a mobilidade articular e o relaxamento do nervo vago, melhora do padrão de sucção. Em poucas semanas, a bebê parou de chorar de forma incessante, passou a dormir e a se alimentar adequadamente, e seguiu o curso esperado do desenvolvimento neuro-motor.

Em termos bullinguerianos, o que se observou foi a seguinte sequência: a ausência de continência relacional mantinha o sistema nervoso autônomo da bebê em modo simpático, produzindo hipertonia, choro e privação de sono. A reorganização do campo emocional permitiu a entrada no modo parassimpático, condição necessária para a regulação tônica e para o desenvolvimento motor subsequente.

6.2 A bebê apática

A segunda paciente chegou com cinco meses de vida, não por encaminhamento pediátrico, mas por indicação informal de outra família em atendimento. A queixa era de dificuldade em realizar o "*tummy time*" – posição de bruços fundamental para o desenvolvimento do controle cervical, do fortalecimento do tronco e da exploração do espaço nessa faixa etária, e preocupação com o início da introdução alimentar – que se espera uma demonstração radiação de interesse do bebê pelo alimento ofertado.

Já na primeira sessão, o olhar da bebê chamou atenção: estava acordada, mas com um olhar apático e perdido, sem direcionamento ou interesse pelo ambiente. Quando a fisioterapeuta pediu licença para pegá-la no colo – dirigindo-se tanto à mãe quanto à bebê –, a mãe consentiu, mas a bebê não fez nenhum gesto, nem mesmo com o olhar. A ausência de reação à aproximação de um adulto desconhecido era, em si, um dado clínico relevante.

Durante a avaliação fisioterapêutica – conduzida com antecipação verbal de cada etapa, em respeito ao tempo e à subjetividade da bebê –, confirmou-se um atraso motor significativo: a bebê não acompanhava brinquedos com o olhar, não realizava movimentos espontâneos, não demonstrava interesse pelo

ambiente. Não havia, contudo, alteração de tônus nem sinais neurológicos que justificassem o quadro por via orgânica. A hipótese clínica se orientou, portanto, para o campo relacional: se o ambiente emocional não está bem estruturado, por que um bebê se moveria?

A observação da mãe confirmou essa leitura. Ao ser solicitada a demonstrar como realizava o *tummy time* com a filha, a mãe se aproximou da maca, virou a bebê de bruços com a cabeça voltada para a parede e se afastou. Diante do choro imediato da bebê, comentou: "viu, ela odeia". O contato da mãe com a bebê era robotizado, sem presença afetiva, sem antecipação, sem diálogo. O corpo da mãe, sempre rígido, permanecia em pé durante as sessões, distante.

A condução clínica foi radicalmente diferente da habitual. As sessões passaram a acontecer no chão, e a fisioterapeuta começou a narrar em voz alta a história da bebê desde o nascimento – deixando lacunas abertas para que a mãe completasse, já que era ela quem havia estado presente nesses momentos. Gradualmente, a mãe foi convidada a participar da narrativa e, a partir daí, a participar do contato físico com a filha: a tocar, a nomear, a brincar.

Ao longo de duas semanas, a mãe começou a sentar-se no chão e a descobrir um modo de conversar com a filha, de tocá-la com afeto, de brincar. Foi apenas a partir dessa transformação relacional que a bebê começou a responder motoramente. Em dois meses de atendimento, a bebê atingiu, com qualidade e variabilidade, os marcos esperados para sete meses de vida: passou pelo *tummy time* com interesse, buscava contato visual, explorava o ambiente com curiosidade, alcançou a posição sentada com autonomia e de maneira organizada, adquiriu repertório motor para exploração do alimento e do ambiente. O olhar apático da primeira sessão havia sido substituído por um olhar brilhante, demonstrando interesse em conhecer o mundo à sua volta.

Esse caso ilustra de forma precisa o que Lebovici (1983) descreve como a capacidade do bebê de transformar competências em performance — capacidade que, nesse caso, estava suspensa pela ausência de um campo relacional que a convocasse. O bebê competente de Lebovici, o bebê professor de Trevarthen, o bebê que procura entender para onde seus gestos ecoam de Winnicott – todos eles precisam de um outro que responda para existir plenamente.

7. DISCUSSÃO: POR UMA FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA GLOBAL

Os dois casos clínicos apresentados convergem para uma mesma proposição: o desenvolvimento neuro-motor do bebê não se dá no interior de um sistema fechado. Ele emerge no campo relacional, inscrito nos corpos de quem cuida e de quem é cuidado, modulado pela qualidade da presença, pela continência afetiva, pelo ritmo do encontro.

Em ambos os casos, a avaliação fisioterapêutica convencional – centrada nos marcos motores, no tônus, nos padrões posturais – seria insuficiente para compreender o quadro e orientar a intervenção. Foi a leitura do campo relacional que tornou inteligível o sintoma motor: no primeiro caso, uma hipertonia que era resposta de alerta a um ambiente emocionalmente ausente; no segundo, uma apatia motora que era a expressão concreta de um bebê que não havia encontrado, no olhar do cuidador, razão suficiente para se mover.

A contribuição de Bullinger (2004) é aqui particularmente elucidativa: o tônus como interface entre organismo e ambiente torna visível a continuidade entre o somático e o relacional. Não há tônus neutro – ele sempre responde a algo, sempre é modulado pela experiência com o outro. O mesmo vale, em outro registro, para o que Dolto (1984) chamou de imagem inconsciente do corpo: essa representação arcaica de si, tecida nas trocas pulsionais com o cuidador, é o substrato sobre o qual o desenvolvimento motor se inscreve.

A perspectiva psicanalítica – com Winnicott, Bion, Lebovici, Trevarthen e Stern – não é, portanto, um suplemento teórico opcional para o fisioterapeuta pediátrico. É uma condição para uma clínica que se pretenda global: que avalie não apenas o que o bebê faz ou deixa de fazer, mas o campo no qual ele existe, os vínculos que o constituem, os afetos que circulam no espaço entre ele e seu cuidador.

Nessa clínica global, a intervenção raramente é apenas sobre o bebê. É sobre o sistema: sobre a mãe que precisa ser amparada para poder amparar, sobre o pai que precisa ser incluído para que a díade respire, sobre o espaço clínico que precisa ser organizado de modo a oferecer a todos os presentes – bebê, cuidadores e terapeuta – as condições para que algo novo possa acontecer.

Como lembra Winnicott (1960), o ambiente não faz a criança – mas possibilita que ela concretize seu potencial. É função do fisioterapeuta pediátrico que opera nessa perspectiva compreender, avaliar e, quando necessário, reorganizar esse ambiente, para que o bebê possa, finalmente, se mover.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou demonstrar a indissociabilidade entre desenvolvimento neuro-motor e desenvolvimento psíquico nos primórdios da vida, e as implicações dessa indissociabilidade para a clínica fisioterapêutica pediátrica. A partir de um referencial teórico que articula psicanálise e desenvolvimento sensório-motor, propôs-se uma leitura do corpo do bebê como campo de inscrição relacional, no qual o tônus, o movimento e a postura expressam não apenas a maturação neurológica, mas a qualidade do ambiente emocional no qual o bebê existe.

Os casos clínicos apresentados ilustraram como o atraso motor pode ser lido como expressão de uma falha no campo relacional, e como a reorganização desse campo – mais do que qualquer técnica isolada – é o que possibilita o desenvolvimento. Em ambos os casos, a escuta psicanalítica não substituiu a intervenção fisioterapêutica: ela a orientou, a aprofundou e a tornou efetiva.

Propõe-se, assim, uma fisioterapia pediátrica global: aberta ao campo relacional, sensível à subjetividade do bebê e do cuidador, capaz de ler o sintoma motor como comunicação e não apenas como disfunção. Uma clínica que reconhece, com Trevarthen, que o bebê nasce apto a se relacionar – e que é no encontro com um outro responsivo que ele aprende, afinal, a se mover no mundo.

Maíra Maneschy
mairamaneschy@gmail.com

Referências

BION, W. R. (1962). Uma teoria do pensar. In: _____. *Estudos psicanalíticos revisados* (*Second thoughts*). Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 103-114.

BULLINGER, A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse: Érès, 2004.

DOLTO, F. *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil, 1984.

LEBOVICI, S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*: les interactions précoces. Paris: Le Centurion, 1983.

_____. Diálogo fantasmático, transferência e enactment. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 53-74, 1994.

STERN, D. N. *The interpersonal world of the infant*: a view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books, 1985.

_____. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton, 2004.

TREVARTHEN, C. Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In: BULLOWA, M. (Ed.). *Before speech*: the beginning of human communication. Cambridge: Cambridge University Press, 1979. p. 321-347.

_____. Intrinsic motives for companionship in understanding: their origin, development and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, v. 22, n. 1-2, p. 95-131, 2001.

WINNICOTT, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In: _____. *Textos selecionados*: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 491-498.

_____. (1960). A teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 38-54.

_____. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.