

Carência e Maus Tratos na Infância*

José Manuel de Matos Pinto **



Neste artigo pretendemos relacionar a carência e os maus tratos na infância. Muitas vezes, a visibilidade dos maus tratos físicos pode esconder outras carências que têm as suas raízes nas perturbações vinculativas do início da vida. Propomo-nos, por isso, rever teoricamente a questão vinculativa e a origem da agressão, da agressividade e da violência. Ilustramos as nossas posições com uma situação prática. Por fim, defendemos a necessidade de um objecto intermediário capaz de propiciar a saída do ciclo vicioso do desencontro emocional e relacional.

Introdução

A relação humana tem valorizado, desde Freud, as transacções relacionais mais arcaicas que o bebé estabelece com o seu mundo significativo, nomeadamente com a figura materna que o cuida e com quem estabelece trocas afectivas.

Os maus tratos têm uma dimensão macroscópica visível nas marcas físicas que deixam e que, por isso devem ser estancadas, promovendo-se a reparação possível dos estragos e uma dimensão microscópica referente às perturbações relacionais

que impedem a criança de poder ser e a impelem para uma desesperança sem retorno, que aliena a criança do contacto realista com o mundo e a leva a esconder o eu num lugar recôndito e inacessível para si própria (WINNICOTT, 1983).

Os maus tratos têm vindo a ser considerados de importância fundamental por colocarem em risco o desenvolvimento e, por vezes, a própria sobrevivência da criança. Neste artigo pretendemos sobretudo dar ênfase aos aspectos psicológicos dos maus tratos e ao contributo que educadores e técnicos de saúde podem ter na detecção e na transformação possível das angústias emergentes na criança.

* Este artigo tem como base uma comunicação apresentada no 2º Encontro Saúde/Escola, num painel pluridisciplinar sobre crianças maltratadas.

** Psicólogo Clínico, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

Vinculação mãe-criança

Os estudos sobre a relação precoce têm hoje um impacto marcante pois revelam sentidos crescentes para pequenos aspectos que foram durante muito tempo considerados negligenciáveis. O bebé é hoje visto como um ser que tem um repertório relacional e, ao mesmo tempo, o desenvolve na relação estreita que estabelece com a figura materna. Para que isso aconteça é necessário, no entanto, que entre o bebé e a mãe exista uma sincronia afectiva (BOWER 1983), ou seja, a capacidade da mãe e do bebé estarem na mesma onda relacional. LECANNET *et al.* (1987) resumem as competências do bebé de 1 a 3 dias perante as vozes humanas do modo seguinte:

- esforçam-se para ouvirem uma voz humana feminina;
- preferem a voz da mãe à voz de outra mulher;
- não são “reforçados” de forma especial pela voz paterna.

BRAZELTON, (1987, p.12-13) defende que a partir do 3º trimestre de gravidez se podem prever os ciclos dos estados de consciência. Relata uma experiência em que o feto do 3º trimestre se sobressalta quando se apresenta uma luz forte no seu campo visual ou quando se colocam uma fonte de ruído forte e estridente perto da parede abdominal, ou quando sofre um bamboleio súbito do útero. Ao invés, se lhe apresentarem uma luz vermelha fraca ou um ruído suave, o feto encaminha-se activa mas calmamente na direcção do estímulo. O autor conclui que parece existir:

- um sistema precoce e inconsciente de *sinali-zação comportamental* à intenção da mãe;
- quando estes sinais coincidem com as respostas da mãe constitui-se um *sincronismo intra-uterino* entre mãe e filho;
- o bebé apresenta capacidades notáveis de atenção e interacção relativamente a um adulto sensível às suas necessidades de regulação;
- O recém-nascido não é, pois, insensível, caótico ou imprevisível e apresenta reacções

altamente previsíveis aos estímulos exteriores sendo capaz de modelar as respostas do adulto. Quando este entendimento se estabelece constitui-se, no entender do autor, um sistema de *feedback* mútuo.

MONTAGNER (1993) considera que foi Carpenter, em 1975, quem primeiro mostrou as capacidades de discriminação precoce do bebé em relação à mãe, numa experiência onde bebés de duas semanas foram deitados de costas e colocados em frente de uma espécie de painel atravessado por uma abertura. Por meio de uma cara, que pode aparecer e desaparecer, com ou sem palavras, o bebé é confrontado com seis situações experimentais:

- apresentação silenciosa da cara da mãe;
- apresentação silenciosa da cara de outra mulher;
- apresentação da cara da mãe que lhe fala;
- apresentação da cara da mulher estranha que lhe fala;
- apresentação da cara da mãe e da voz da outra mulher;
- apresentação da cara da outra mulher e da voz da mãe.

As conclusões desta experiência indicam que a mistura de características familiares e não familiares leva ao desvio da cabeça e do olhar, a olhadelas furtivas para a cara que apareceu e, por vezes, às lágrimas. Revelam também que o bebé é capaz, a partir das duas semanas, de identificar não apenas a voz mas, também, a cara da mãe.

O nascimento do bebé parece, pois, estabelecer um marco não só para o bebé ou para a mãe, mas também, para a díade que tem agora uma oportunidade única para se afirmar na especificidade dos seus ritmos, do seu vai-e-vem relacional, que a torna singular comparativamente a toda e a cada uma das díades que se constituam. Existem, no entanto, ingredientes que necessariamente deverão estar presentes para que o desenvolvimento se processe normalmente e sem sobressaltos. A relação entre o bebé e a mãe tem tanto de profunda como de frágil (CHEVALERIAS,

1999) descreve que a ausência de um espaço privado para as mães estarem com recém-nascidos em incubadoras provoca um protesto veemente das mães seguido de um desencontro na díade que se perpetua no tempo. A díade necessita de tempo e de espaço próprios para se poder estabelecer de modo satisfatório.

Riscos relacionais

Os riscos para o bebé podem ocorrer sempre que, de modo insistente, não se cumpram estas funções comunicacionais da díade e deste modo se obrigue o bebé a retrair-se, por defesa ou por zanga, do meio envolvente. BRAZELTON (1987) defende que o bebé apresenta capacidades notáveis de atenção e interacção relativamente a «*um adulto sensível às suas necessidades de regulação (...) [pois o recém nascido não é] insensível, caótico ou imprevisível*» (idem,p.12-13) está dotado de reacções altamente previsíveis. Acrescenta ainda que «*o sentimento de reciprocidade, de identificação ao outro deve estar na base de toda a interacção bem sucedida entre progenitor e o bebé*» (idem,p.13). Por isso, dois factores de risco, para além das malformações ou handicaps do próprio bebé, situam-se ao nível das carências nos cuidados e na perturbação interaccional mãe-bebé.

ROUSSEAU (1999) descreve algumas situações que podem interferir na vinculação necessária entre o bebé e a mãe, a saber:

- Gravidez depois de um luto perinatal;
- Morte, ameaça de morte ou separação de uma pessoa próxima;
- Diagnóstico pré-natal que indique a «*possibilidade duma malformação ou dum handicap da sua criança*» (idem,p.33);
- Hospitalização pré-natal que podem originar manifestações de luto antecipado e um desinvestimento afectivo do seu bebé;
- Transgeracionalidade do luto peri-natal que actualiza lutos inacabados até aqui enterrados no inconsciente;
- Gravidez após esterilidade que pode

redundar em problemas de vinculação relativos a um luto de fecundidade.

Qualquer destas situações pode interferir no processo vincutivo e exige, por isso, maior atenção por parte dos agentes de cuidados de saúde primária no período peri-natal criando espaços de escuta das angústias emergentes na futura mãe .

MARCELLI (1999) defende que as carências afectivas evoluem na infância e na adolescência «*para atrasos de desenvolvimento, debilidade, problemas psicossomáticos ou patologias do comportamento ou do carácter*» (idem,p.2). e têm como consequência desarmonias evolutivas, pré-psicoses. As depressões surgem quando a esperança desaparece, o sentimento de abandono se instala, sem qualquer possibilidade de alteração da situação pelo bebé, ou seja, quando se instala a convicção irremediável da perda.

Maus tratos

Ao falarmos de maus tratos ocorre-nos como primeira imagem os maus tratos físicos, pela sua visibilidade e espectacularidade e, com isso, podemos esquecer ou esconder toda uma série de outras ocorrências que colocam em risco o ser da criança. ROUYER (1999) distingue nos maus tratos, os físicos e os psicológicos, nomeadamente, faz a distinção entre abuso sexual (físico) que deixa marcas e o clima incestuoso (psíquico) que causa, também ele, imensos danos no processo evolutivo da criança. BASQUIN (1999, p.244) considera por seu lado que «*apesar das diversas tentativas de abordagem os maus tratos não respondem senão a definições parciais e deixam uma parte importante à subjectividade, seja ela individual ou colectiva (...) o mau trato é frequentemente de natureza subjectiva [pois] (...) a noção de violência ou de abuso foi e mantém-se variável segundo os povos, as sociedades e as épocas*». Os maus tratos têm, então, uma componente social ou grupal. O grupo pode ou não ignorar os maus tratos e considerá-los ou não como uma prática comum aceitável.

Em nosso entender, ocorre um mau trato sempre que se coloque em risco a possibilidade de a criança ser quem é no respeito pelos seus ritmos e ambições (onde se englobam a segurança e as tão necessárias regras que facilitam a inserção social da criança no seu meio envolvente).

A subjectividade dos maus tratos cria, ela própria, uma área de incerteza que nos impede de actuar por receio de estarmos a ser intrometidos e leva-nos a considerar os aspectos relacionados com a intimidade, que nestes casos nos parece serem postos em questão. CHEVALERIAS (1999) pretende dar um cunho mais científico ao termo intimidade que é usado no discurso espontâneo. Considera a intimidade como um significante «*da existência duma ligação profunda, secreta, privilegiada e apropriada*» (*idem*, p.151). O interesse atribuído à noção de intimidade tem a sua origem num trabalho, a propósito da separação precoce mãe-recém-nascido, por razões médicas. Nas análises das entrevistas percebeu-se que, quando as mães evocavam os tempos do hospital atribuíam uma importância fundamental a «*certos momentos que elas qualificaram de privilegiados em que elas puderam estar sós com o seu bebé*» (*idem*, p.151). Quando tal não aconteceu as mães insistiam sobre o desconforto do quadro hospitalar, queixavam-se de ter sofrido da falta dum local fechado quando estavam com os seus bebés. Esta dificuldade ambiental provocava uma «*dificuldade de criar um vínculo com o bebé*» (*idem*, 152).

Etimologicamente, a intimidade apareceu em França em 1684 e é definida como um carácter íntimo, interior e profundo, este que é interior e secreto. Desde de 1740 o interior refere-se ao que está dentro, o espírito e as partes interiores do corpo. O segredo vem do latim *secretum* participio passado do verbo *secerno* que significa separar, pôr à parte. Levy citado por CHEVALERIAS, (1999, p. 152) mostra que «*o segredo se estrutura em torno de três elementos: o saber, a dissimulação deste saber, e a recusa de o comunicar*» (*idem*, p. 152). «*Com as noções de interior e de segredo, a intimidade vê-se delimitada por uma fronteira exterior com o “domínio comum” que, por isso mesmo, se constitui como terceiro(...). [pela*

fronteira estabelecem-se trocas com o exterior através da qual se instaura] uma diferenciação (...) mas também uma base de segurança [que permite] aos sujeitos viver no segredo uma experiência de prazer» (*idem*, p.152). Quando esta não se pode estabelecer pode ocorrer um retraimento, isto é, uma independência patológica, porque a expectativa do meio ambiente se torna persecutória.

Carência como mau trato da criança

OXLEY (1999) defende que os comportamentos violentos dos pais sobre os filhos têm as suas raízes no longínquo período da sua própria infância e as perturbações engendradas nessa época provêm de carências de relação com a mãe ou com a sua substituta [e] são tanto mais graves e mais duráveis quanto mais precoces sejam (*idem*, p.278). Esta carência maternal primária e a quase inexistência dum lugar de pertença na constelação familiar pode levar a criança, ao tornar-se adulta e figura parental a apresentar «*uma violência sem medida relativamente aos factos objectivos que o provocam. As suas crianças, dizem eles, projectam-nos por vezes “para fora de si próprios”*» (*idem*, p278), tornando-se para os pais num perseguidor que os põe em perigo e/ou lhes corta a liberdade.

Agressão, agressividade e violência

Winnicott defendia que a agressão era um fenómeno inato que servia para sinalizar a necessidade de cuidados e alertar as figuras protectoras que algo estava mal. O autor considera a agressão instintual do bebé ao corpo da mãe e que esses conteúdos não podem ser integrados na personalidade nascente do bebé. Propõe como tarefas do desenvolvimento primitivo, estabelecer o contacto com a realidade externa, sentir que vive no próprio corpo, estabelecer a integração da personalidade. «*A integração da personalidade é*

uma construção na qual a criança se descobre a ela própria. Esta linha entre o interno e o externo também pode ser muito frágil e dificilmente discernível e poderíamos dizer que no início existem muitas coisas diferentes que Glover chama de “núcleos do ego”, todo o tipo de coisas que a criança pode ver como “eu”, uma pequena parte do “eu” como um dedo do pé que ela enxerga, um dedo da mão se movendo, um impulso de fome ou a sensação de calor de uma bolsa de água quente. (...) Todos esses fragmentos passam a constituir o ser humano (...). É muito importante que neste estágio a mãe tenha a criança em sua mente como uma pessoa inteira, pois então a criança pode permitir-se estar em pedaços» (WINNICOTT, 1997, p.47). Duas coisas fazem a criança juntar-se:

- uma experiência instintual;
- o manejo do cuidador.

Quando proporcionamos a integração a partir do interior do bebê estamos a satisfazê-lo. «Através da temperatura, do ar, etc.,... nós manejamos as crianças e criamos condições com as quais elas podem identificar-se como seres humanos» (idem, p.49) Por tudo isto, este autor considera que a gênese da agressão é a motilidade do bebê. Melanie Klein descreve que o bebê desde o início estabelece um conflito entre as pulsões de vida e as pulsões de morte. «A acção interna da pulsão de morte dá origem ao aniquilamento e (...) esta é a causa primária da ansiedade persecutória» (KLEIN, 1991, p.86) sendo tanto melhor a relação objectal primária quanto melhor for o equilíbrio entre os impulsos libidinais (pulsão de vida) e os agressivos (pulsão de morte). Quando o equilíbrio é perturbado pelas «privações provenientes de fontes internas ou externas, os impulsos agressivos são reforçados (...) [e] dá origem à emoção chamada voracidade» (idem, p.87) que por sua vez reforça os sentimentos de frustração, que, por sua vez reforçam os impulsos agressivos e estabelecem um círculo vicioso que afasta o bebê cada vez mais da realidade arrastando-os para uma idealização sem freio que impede a mitigação dos aspectos maus pela ocorrência de gratificações na relação com o seio materno bom.

Bergeret defende que esta «violência é primária e universal, ela diz respeito à nossa condição de ser humano e deve ser compensada pelas capacidades de sublimação e pelo acesso à ternura e ao amor» (OXLEY, 1999, p.278).

Transgeracionalidade dos maus tratos

Os pais maltratantes também não puderam modificar a sua idealização e, por isso, esperam que os seus filhos reparem as suas feridas narcísicas nunca saradas na relação com os seus próprios pais. Por isso, CHILAND (1989) e OXLEY(1999) acham que eles podem desejar a criança mas desejam-na como se ela pudesse ser o bom pai que, enquanto crianças maltratadas, elas não tiveram na infância, enquanto ele não é senão um bebê incapaz de sobreviver sem o cuidado dos pais. O seu bebê não nasce para ter uma existência em si mesmo, mas transporta a missão impossível de reparar os pais ideais que eles nunca tiveram. Estabelece-se, então um paradoxo, pois, o bebê é portador de esperança, reaviva os traumatismos que os pais viveram na infância e, ao mesmo tempo, corre o risco de não serem identificadas as suas necessidades e fragilidades pois «os fins narcísicos prevalecem frequentemente sobre os fins objectais; é por si [pelos pais] mais que pelos outros que se quer um filho» (CHILAND, 1989, p.16).

Segundo OXLEY (1999) os maus tratos poderão ocorrer quando alguns factores estão presentes, a saber:

- o casal (fusional ou conflitual) não deixa espaço para a criança. Esta só poderá ser objecto, maçador ou provocador, mas nunca um sujeito;
- na ausência do casal pode criar-se uma relação onde se alterna fusão e rejeição num clima de crescente imprevisibilidade que deixa a criança refém de uma expectativa ansiosa;
- quando um dos elementos do casal está na dependência do outro elemento e sente no bebê um rival e também um “maçador” que reaviva as suas projecções e ameaça destruir o equilíbrio precário da família;

- O desrespeito pelos ritmos do bebé obrigam-no a submeter-se aos desejos dos pais ou a suportar a agressividade decorrente da frustração parental;
- «*A criança é enfeitada e exibida; por vezes ela tem o papel duma boneca fetiche; mas também pode ser negligenciada e maltratada quando os pais vivem frustrações*» (*idem*, p.279). As necessidades do bebé e o seu ritmo de vida são ignorados;
- A relação baseada no evitamento porque as figuras parentais têm medo do contacto com a criança e sentem-no perigoso. A criança pode partir-se ou mesmo morrer. Só a presença de um terceiro permite à mãe cuidar do seu bebé, provocando este movimento um atraso no desenvolvimento da criança;
- As perturbações psicóticas da mãe conduzem a actos aberrantes relacionados com o delírio onde se alternam perseguições enlouquecedoras e reparações miríficas que podem colocar em risco o próprio bebé;
- Na relação perversa «*a criança tem um lugar de objecto com o fim de provocar prazer e a excitação sexual dos pais. Não tem lugar como sujeito*» (*idem*, p.279).

Esta cadeia de desrespeito pelos ritmos e necessidades da criança provoca um rombo no narcisismo primário «*considerado como um processo de regulação que serve para manter um sentimento do self afectivamente positivo*» (ETEZADY, 1997, p.419) e deixa a criança refém do ritmo do outro num processo múltiplo de anulação ou desqualificação do seu próprio ritmo de funcionamento ou submerso numa relação persecutória onde o bebé real é sempre suplantado pela idealização/perseguição do bebé imaginário concebido pelos pais.

Impasses e o necessário objecto intermediário

Um modo possível de suplantar este impasse que impossibilita o ser e mantém a relação num

curto circuito sem saída, passa pela criação de espaço alternativo onde a criança expresse os seus desejos e os seus medos de forma livre. Muitas vezes a hospitalização pode funcionar como objecto intermediário para a criança⁽¹⁾ ou o Jardim de Infância ou, ainda, a escola. Interessa, pois, que o adulto se disponibilize para a escuta, mesmo quando a criança pareça estar a fantasiar. Estes espaço de escuta são de importância capital para a criança poder Ser..., sem intrusões desnecessárias, desqualificações gratuitas e imprevisibilidades angustiantes.

Perceber o comportamento sintomático da rebeldia, do retraimento, da somatização podem ajudar-nos a perceber melhor a criança e a sua dor sem nos enredarmos no “*pieguismo*” inútil que nada transforma; «*escutar uma criança exige paciência, tempo, competência. Sobretudo exige que nunca se fale no seu lugar*» (BASQUIN, 1999, p.246).

Sabemos que todas estas crianças de hoje, tornar-se-ão adultos que podem lamentar não ter podido beneficiar duma escuta esclarecida e dum acompanhamento ao tempo do traumatismo, (*idem*, p.246).

Ilustração

Certo dia, uma amiga fala da sua preocupação relativa a um seu aluno da escola primária que era excluído e não tinha nem rendimento escolar nem qualquer empenhamento nestas actividades. Descreveu-me a criança como muito mal vestida e com falta de higiene, dormindo no quarto dos pais. Propus à minha amiga que, num dia em que a criança viesse melhor cuidada no aspecto valorizasse isso a essa mãe e salientasse que os colegas se tinham aproximado e brincado com o filho. Sugeri-lhe também, que propusesse à mãe que arranjasse um outro lugar separado dos pais

⁽¹⁾ HOCHART (1999) considera que a hospitalização funciona como um terceiro “mediador” que pode criar este espaço terapêutico que permita parar o processo destrutivo; ser um lugar de reconhecimento onde se valoriza a criança como pessoa; ser um lugar simbólico que alerte os pais; ou ainda como um parêntese, uma quebra no contacto que crie descontinuidade que permita à criança falar se assim o entender.

para a criança dormir. A minha amiga estranhou mas quando lhe propus a ela própria um exercício mental de, casada e mãe de duas filhas ao tempo, passasse um mês no quarto dos pais deixou sair um credo!... A minha amiga lá fez o combinado e curiosamente a criança passou a vir mais bem vestida e o seu empenho na escola melhorou significativamente em relação ao desempenho anterior. A nossa conversa informal funcionou ela mesma como um objecto intermediário que abriu caminhos e acrescentou alternativas a uma situação que se apresentava difícil e embaraçosa. Esta situação necessitou de uma escuta atenta, e no bom senso de não se acusar nenhum dos protagonistas. Salientaram-se e valorizaram-se sempre os movimentos reparadores para que estes pudessem tornar-se predominantes nesta família pouco competente para cuidar das necessidades desta criança.

Conclusão

Os modos subtis de mau trato de crianças tem um impacto exponencialmente maior que os casos mais visíveis de maus tratos físicos embora estes, pela espectacularidade e pelos sentimentos que despertam em nós, nos chamem mais à atenção. Importa, em nosso entender, responder a estes últimos sem nos esquecermos de todos os outros que por serem subtis podem abandonar a criança a uma dor sem retorno que despontam, posteriormente, como sintomas mais ou menos compreensíveis para quem os rodeia. Nestes podem incluir-se os comportamentos explosivos e violentos que perpetuam numa cadeia sem fim o rol das crianças maltratadas que originam pais maltratantes...

A escuta responsável e competente podem restaurar a esperança e interromper este ciclo infernal. No entanto, este movimento obriga a uma disponibilidade sem preconceitos para poder ser o embrião duma verdadeira transformação que mobilize o indivíduo para o desejo da descoberta e permita ultrapassar o retraimento em que muitas vezes acaba por se colocar.

Bibliografia

- BASQUIN, M. (1999) – Quelques remarques ou réflexions sur la maltraitance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 47 (5-6), 243-246.
- BOWER, T. (1983) – *Uma introdução ao desenvolvimento da primeira infância*. Lisboa, Moraes Editores.
- BRAZELTON, T.B. (1987) – O bebé parceiro na interacção, in *A dinâmica do bebé*. Porto Alegre, Artmed.
- CHILAND, C. (1989) – *L'enfant, la famille et l'école*. Paris, P.U.F..
- CHEVALERIAS, M.P. (1999) – La notion d'intimité approche théorique-clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 47 (5-6), 151-159.
- ETEZADY, M. (1997) – Narcissisme primaire-secondaire: concept fondamental ou obsolète? *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, 419-427.
- HOCART, F. (1999) – La maltraitance à enfants. Comment percevoir les souffrances? Reconnaître la maltraitance? Participer à les réduire? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 47 (5-6), 250-254.
- LECANNET, J-P. (1987) – Familiarization prénatale aux signaux de parole in MOSCATO et al. (org.). *Connaitre et le dire*. Bruxelles, Mardaga.
- KLEIN, M. (1991) – *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago ed.
- MARCELLI, D. (1999) – La depression en tuos ses états. Du nourrisson à l'adolescent ... et après. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 47 (4-5), 1-11.
- MONTAGNER, H. (1993) – *A vinculação, a aurora da ternura*. Lisboa, Instituto Piaget.
- OXLEY, J. (1999) – Les parents, anciens enfants maltraités. Mauvais traitements physiques, psychologiques, abus sexuels. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 47 (5-6), 277-280.
- ROUYER, M. (1999) – Qu'est qui, dans une consultation, doit faire suspecter la maltraitance et les abus sexuels? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 47 (5-6), 247-249.
- ROUSSEAU, P. (1999) – Deuil pendant la grossesse et incidences sur la depression post-natale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 47 (1-2), 31-35.
- WINNICOTT, D. (1983) – *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artmed.

WINNICOTT, D. (1997) – Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre, Artmed, (1948).

WINNICOTT, D. *et al.* (1994) – Sobre “o uso de um objecto”, in *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artmed.