

A importância do olhar do pediatra nos primórdios da relação pais-bebês para a promoção de saúde mental

The importance of the pediatric look at the beginning of the relation parent-babies in order to promoting the mental health

Maria de Fátima de Amorim Junqueira*

Regina Celi Bastos Lima**

Isabella de Lemos Novello***

Tereza Casalade****

Resumo: Os autores neste trabalho relatam o desmembramento de uma pesquisa que teve como foco a observação da dinâmica na relação do pediatra com os pais e bebês no momento da consulta. Visavam a possibilidade de um trabalho conjunto entre psicanalistas e pediatras, a fim de sensibilizar o olhar pediátrico para a detecção de sinais de sofrimento psíquico no bebê e, desta forma, possibilitar uma intervenção precoce favorecendo a continuidade do amadurecimento psicossomático.

Palavras chaves: Intervenção precoce, pais-bebê, pediatra.

Abstract: *The authors in this paper report the development of a research which focus on the observation of the dynamic in a pediatric relation with the parents and the babies at the moment of the appointment. They had in mind the possibility of a job between the psychoanalyst and the pediatric to make the pediatric look more sensible to detect signals of the baby psyche suffer and, in this way, to have the possibility to make a preventive intervention in favor of the continuous psychosomatic growth.*

Keywords: *Preventive intervention, parents-baby, pediatric.*

* Psicanalista, Membro Efetivo/CPRJ.

** Psicanalista, Membro Efetivo/CPRJ.

*** Psicanalista, Membro Efetivo/CPRJ.

**** Associado ao Forum /CPRJ.

A existência psicossomática é uma realização (um processo), e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano (mãe) que segure o bebê e cuide dele (Winnicott, 1966).

I. Considerações teóricas sobre o cuidar – diálogo entre a pediatria e a psicanálise

Nos últimos anos o interesse no estudo sobre os bebês e sobre os primórdios da vida psíquica vem crescendo. O olhar para o bebê deslocou-se de um viés puramente biológico e neurológico, onde o bebê sempre foi visto pela sua imaturidade, para um olhar onde passa a ser incluído o viés psicológico. Até um tempo atrás não se via um bebê como um ser acontecendo em interação com o ambiente. Hoje estudos comprovam que desde o nascimento, e até antes do nascimento, os bebês respondem e trocam com o ambiente.

Decorrente deste novo olhar e do surgimento crescente na clínica de patologias contemporâneas como: depressões, síndrome do pânico, anorexias, bulimias e questões psicossomáticas que demonstram comprometimentos ocorridos no início da vida, a Psicanálise vem se aproximando e se inserindo no atendimento, à tríade pais/bebê. Nos bebês também se observa sofrimentos tais como: uma tristeza profunda, negatividade para a alimentação, falta de contato com o outro através do olhar, alterações no sono e no humor, choro contínuo, irritabilidade... Vários autores psicanalíticos perceberam então a importância de deslocar o olhar vigente da fase edipiana clássica para um tempo bem mais precoce privilegiando assim, a inauguração da subjetividade.

Winnicott percebeu, nas suas observações clínicas, principalmente relatadas em *A observação de bebês numa situação estabelecida* (1941), a importância fundamental da identificação da mãe com seu bebê, permitindo a este se apoderar de uma nova experiência em seu próprio ritmo. O colo psíquico, fornecido pela mãe, nos momentos iniciais da vida, garante ao bebê gradativamente e de forma contínua um sentimento de ser, que experimenta a si mesmo “sendo” com a mãe. Ele introduz de forma marcante a importância da presença do ambiente na constituição do ser. E reafirma isso, numa reunião científica da *British Psycho-Analytical Society*, por volta de 1941, expressando o seguinte: “Bebê é uma coisa que não existe”. Concordando com ele podemos dizer que quando olhamos para um bebê vemos mais alguém – alguém cuidando dele.

Esta constatação de Winnicott de uma unidade inicial “ambiente-indivíduo” sustentou a hipótese – a importância de uma intervenção precoce quando uma desarmonia se encontra presente nesta unidade.

Winnicott exercitou, também em sua clínica, as famosas *consultas terapêuticas*, em que atendia a criança sozinha ou com sua mãe. Acreditava e obtinha resultados de modificações de sintomas em poucos atendimentos. Assinalava a importância deste atendimento ser feito por um psicanalista e, via também, a necessidade da presença de uma família “suficientemente ajustada” para que após a consulta houvesse uma elaboração do acontecido. Pensamos que a intervenção na tríade pais/bebê também pode se dar nestes moldes.

No seu trabalho como pediatra, atendendo num ambulatório infantil, Winnicott pode observar inúmeros bebês e crianças na relação com suas mães o que resultou no seu grande legado teórico. Deu várias palestras para áreas afins à psicanálise infantil: pediatras, professores, médicos em geral e para pais comuns, estas últimas, através de palestras radiofônicas. Mostrando sempre a necessidade deste entrosamento e de difundir o olhar psicológico a todos os profissionais (cuidadores) envolvidos no atendimento aos bebês e às crianças. O percurso de Winnicott, da pediatria à psicanálise, colocando o pediatra como elemento importante na dinâmica mãe-bebê, nos estimulou a situar este profissional num lugar de fundamental importância em nossa pesquisa.

Em seu artigo, *Notas sobre anormalidade e ansiedade* (1931), Winnicott nos fala sobre a importância de o pediatra não deixar de levar em consideração o aspecto psicológico, ao fazer o diagnóstico de uma doença física na criança. Diz ele:

Quando não ocorrem situações reais, as situações imaginadas sempre existem – e de fato, são estas, muitas vezes as mais poderosas – e não é necessariamente normal a criança que passa os primeiros anos de sua vida sem dar mostras, no retardo do desenvolvimento físico ou nas complicações de sua saúde física, da existência de conflitos emocionais (Winnicott, 1931 p. 59).

Nas compreensões teóricas construídas por Winnicott, algo se destaca: a importância de olharmos a criança sob um viés psicossomático.

Dolto, em *A imagem inconsciente do corpo* (1992), chama a atenção para o perigo do olhar do pediatra ou dos pais se fixar no corpo, no sintoma físico. O corpo passa a ser um corpo objeto, tornando-se, em consequência disso,

dissociado do psíquico, abrindo brecha para o surgimento da doença psicossomática. Quando o emocional não pode ser visto, o corpo é que terá que trazer a marca da denúncia de que algo vai mal.

Winnicott, na introdução de seu livro, *Natureza humana* (1990), nos fala da esperança de que os jovens pediatras tenham conhecimento da psiquiatria infantil, para que possam ampliar o seu olhar psicológico em relação à doença somática e não se tornem especialistas somáticos.

Na visão que estamos descrevendo da natureza humana fica claro que a partida para a constituição da subjetividade é dada assim que o bebê nasce, ou mesmo antes de nascer, e que todos aqueles que lidam com o bebê – obstetras, pediatras e família – podem estar no lugar de favorecer ou não o processo inato de amadurecimento.

As idéias até aqui desenvolvidas reafirmam o papel do pediatra como aquele que acompanhará passo a passo o desabrochar das potencialidade de amadurecimento deste novo ser. Será ele, o pediatra, o primeiro profissional a presenciar e a intervir na relação pais/bebê portanto, o detector natural de eventuais problemas no desenvolvimento da criança.

Acreditamos que a possibilidade de troca entre psicanalistas e pediatras teria como objetivo comum facilitar o encontro da dupla mãe/bebê a fim de que esta desenvolva uma relação saudável, propiciando um desenvolvimento físico e psíquico ao bebê suficientemente bom. Sabemos que a prevenção é o carro chefe para a promoção do desenvolvimento. Portanto, o papel do profissional ao atender uma mãe que mostra claramente não ter tido ela própria, um suporte ambiental suficiente, o que dificultaria em muito, o contato com seu bebê, é dar um apoio a esta mãe e/ou encaminhá-la para um atendimento psicológico.

A intervenção na tríade pais/bebê tem como objetivo primordial intervir de uma forma precoce (a tempo) quando for detectado um sinal de sofrimento psíquico. Trata-se de uma prevenção com uma atuação em cima de um problema já existente, para que não haja cristalização do sintoma e para que se possa minimizar o sofrimento de um bebê.

Winnicott, enquanto pediatra, incluía na anamnese, além do aspecto clínico, o psicológico, o social e informações detalhadas da história familiar de seus pacientes. Podemos ver nesta sua preocupação já uma compreensão que aponta para a influência da transgeracionalidade e da intergeracionalidade na constituição da subjetividade.

Sabemos que logo ao nascer o ser humano vive uma experiência de isolamento inicial, uma solidão essencial e, para que o processo de maturação seja

posto em marcha requer a presença de um outro. Se não há o encontro do bebê com alguém que possibilite o seu acontecer, teremos uma vivência de uma experiência de solidão infinita, de não ser, de agonias impensáveis.

Freud, em *Projeto para uma psicologia científica* (1896), assinala que quando no bebê emerge um estímulo como a fome, para que ele alcance a experiência de satisfação faz-se necessário uma “ação específica”. Esta ação necessariamente tem que vir do mundo exterior. Apontando assim para a necessidade do ambiente (mãe) responder ao bebê fornecendo a alimentação ou qualquer outra atenção requerida pelo bebê. O que Freud chamou aqui de “ação específica” é o que Winnicott privilegia como essencial para o amadurecimento do bebê: a presença de uma mãe adaptada inicialmente às suas necessidades – assim, a mãe faz parte do bebê e o bebê faz parte da mãe.

Winnicott dá ao rosto da mãe a função primordial de espelhar para o bebê o seu próprio eu. O bebê ao olhar para o rosto da mãe precisa se ver refletido a fim de que constitua a sua própria subjetividade. É um olhar que possibilita a mutualidade com o bebê em vez de invadi-lo ou anulá-lo. A mutualidade é um conceito de Winnicott que representa o começo de uma comunicação entre duas pessoas, a mãe e o bebê. Fala de uma comunicação inicial, não verbal através de trocas sensoriais e afetivas. É primordial, portanto, que o bebê se sinta reconhecido e atendido em suas necessidades, pelo outro.

Acreditamos que a compreensão de Winnicott sobre a relação mãe/bebê pode ser transposta para a relação psicanalista/paciente. Sendo assim, no momento de uma intervenção na tríade pais/bebê o psicanalista poderá possibilitar frente a uma situação de conflito existente, um espelhamento para estes pais ou mesmo para este bebê, que se sentirão reconhecidos e acolhidos. Através do *holding* dado, de um manejo adequado e de assinalamentos feitos pelo psicanalista o processo maturacional que por algum motivo estava paralisado poderá se recolocar em andamento.

Nesta fase inicial que estamos descrevendo contamos também com a experiência de Bernard Golse pediatra e psicanalista, quando ressalta que: “os afetos e as emoções se co-constroem no seio da díade e é o partilhar dos afetos que vai permitir ao bebê instaurar sua vida afetiva e emocional pessoal” (Golse, 2003. p. 123).

Golse assinala que a criança ao nascer, já encontra uma família estruturada sob uma cultura específica. Este ambiente deve permitir que o gesto espontâneo deste bebê que chega, alcance seu lugar particular e único. Cada ser humano traz uma história singular onde está presente toda a vida subjetiva de seus

ancestrais, sua bagagem inata e a cultura onde está inserido. As experiências do bebê ocorrem num tempo e num espaço onde ele deverá se encontrar incluído. No ato da intervenção o analista também, quando no encontro com a tríade, carregará em si a sua própria história, favorecendo neste espaço interativo, através de uma nova narrativa, a possibilidade do bebê (re)inscrever sua história.

Podemos vincular esta contribuição de Golse à compreensão de Winnicott quando fala da mãe suficientemente boa, onde ressalta que a mãe, através da sua relacionabilidade de ego, costura para o bebê suas diversas experiências, favorecendo sua integração, dando-lhe assim uma sensação de continuidade de ser, permitindo-o construir sua própria história.

Outro aspecto que Golse acentua como essencial na relação com o bebê, é a maleabilidade do outro, conceito que aproveita de Margaret Milner, mas, que não deixa também de estar implícito no conceito de devoção da mãe em Winnicott: a preocupação materno-primária. Concepção esta que vem acrescida da noção de que para cada bebê haverá uma relação diferente e única. Uma mãe nunca será igual frente a seus filhos, pois cada bebê provocará na mãe uma maleabilidade frente a sua singularidade.

No encontro do analista com o bebê e seus pais, vai se instalar um espaço – espaço da narratividade – onde uma história vai ser construída na confluência das histórias de cada participante deste encontro. O analista atento à singularidade do bebê funcionará de modo peculiar frente a cada tríade.

Winnicott descreve que na preocupação materna primária a mãe fica munida de uma percepção extraordinária, de uma identificação plena com seu bebê, como se não tivesse um mundo à sua volta, só ela e seu bebê. Ela traz em si a lembrança de um dia já ter sido um bebê, e de como foi cuidada, traz seus valores sócio-culturais, a sua própria história. No espaço da narratividade a experiência única vivida entre a mãe e o bebê é atualizada e esta interação, a princípio, se dará a níveis sensoriais e corporais. A este respeito Daniel Stern nos fala de sintonizações afetivas, enquanto Winnicott traduz esta sintonia com seu conceito de mutualidade – comunicação e trocas a nível da linguagem analógica. A mutualidade se caracteriza por esta intercomunicação entre mãe e bebê, constituindo a base de todas as comunicações entre os seres humanos. Trata-se de uma comunicação preponderantemente inconsciente e silenciosa, que acontece antes da aquisição da linguagem. A experiência da mutualidade é decorrente por um lado da identificação da mãe com seu bebê e por outro lado do potencial inato do bebê para o processo maturacional, possibilitando num momento posterior as identificações cruzadas.

Pensando na relação do analista com a tríade, através da identificação cruzada, o analista pode se colocar na posição do bebê e experimentar o que ele (bebê) vive na relação com seus pais. O analista passa então a funcionar segundo o modelo das experiências do bebê, que conta assim a sua história. Neste momento o analista espelha, tal qual a mãe, os afetos e emoções evocados permitindo ao bebê um apoderar-se de si mesmo.

Na ótica de Winnicott fica claro que as interações entre o analista e a tríade pais-bebê se dá no espaço potencial, no brincar e quanto mais novo o bebê, esta troca se dará essencialmente na área da sensorialidade. O analista em interação, dentro do espaço terapêutico ajudará na promoção da diferenciação psíquica da tríade.

Em nossas experiências clínicas sempre ficamos atentas às projeções que os pais fazem em seus filhos. Estas podem ser propulsoras ou impeditivas da construção da subjetividade. Ao longo de toda a gestação encontra-se presente nos pais um “bebê imaginário”, e ao nascer o bebê, os pais deparam-se com o bebê real. Se houver um espaço muito grande entre o bebê real e o bebê imaginário se instala uma impossibilidade nos pais de poderem exercer sua maternalidade ou paternalidade, dificultando assim a constituição da singularidade do bebê.

Encontramos também em nossos consultórios, crianças que não puderam usufruir de um tempo suficientemente bom para sua maturação, que foram apressadas pelo ambiente. Essas crianças portam em si uma ansiedade muito grande frente às situações mais corriqueiras no seu dia a dia. São crianças que foram invadidas no seu processo de desenvolvimento, tendo sido este antecipado. Estas crianças frequentemente sofrem com a expectativa do novo e têm grande dificuldade de estabelecer vínculos com o outro e com o mundo. O novo, ao invés de lhes abrir caminhos e de propiciar o uso de sua criatividade, causa-lhes muito temor.

Finalmente, vale a pena ressaltar que no momento da intervenção o psicanalista ocupa o lugar de terceiro. Um terceiro, que através da comunicação, tanto por meio da palavra (comunicação digital), quanto da mutualidade (comunicação analógica) poderá transformar algo que se encontra dissonante na relação e provocar um sentido. A palavra, instrumento psicanalítico, geradora de sentidos é naturalmente de grande valia na relação com o bebê. Pesquisas comprovam como a voz e a musicalidade nas palavras evocadas pela mãe já afetam e tocam o bebê desde a vida intra-uterina, sendo essenciais no processo de entrada do bebê na ordem da linguagem.

II. A pesquisa

A partir da descrição teórica descrita acima ficou claro para nós, que as bases da saúde mental no ser humano se constituem através, principalmente, das experiências vividas na primeira infância. Surgiu então a idéia de realizarmos esta pesquisa a partir da observação da dinâmica na relação do pediatra com os pais e bebês, no momento da consulta.

Nossa proposta neste projeto era de colocar o saber e a experiência clínica da psicanálise a serviço da área da saúde.

Tínhamos como pressuposto básico permitir, através de uma interlocução entre psicanalistas e pediatras, sensibilizar os pediatras para que estes pudessem munir-se de um olhar sensível a indícios emocionais que apontassem para um sofrimento psíquico no bebê e, desta forma, se tornarem aptos a intervir na reversão deste quadro e aptos, também, a fazerem encaminhamento para os psicanalistas quando necessário.

Fizemos uma pesquisa qualitativa, onde foram utilizados métodos de observação e análise de conteúdo das respostas aos questionários preenchidos pelos pais e pediatras em um Centro Municipal de Saúde no Rio de Janeiro. Os dados recolhidos ofereceram aos pesquisadores material importante para a avaliação do perfil da situação estudada a partir de uma concepção psicanalítica. A população observada foi a tríade pais/bebês na relação com o pediatra, na faixa etária inicialmente de 0 a 2 anos de idade. Pretendíamos realizá-la em duas etapas:

Na primeira etapa, num período de seis meses faríamos uma série de observações durante as consultas pediátricas. Nelas estaríamos atentos à dinâmica estabelecida na relação do pediatra com a tríade pais/bebê.

Previamente, selecionamos indicadores clínicos de base psicanalítica, que serviram de instrumentos, para a avaliação desta dinâmica. No momento da consulta averiguaríamos se tais indicadores seriam efetivamente sinais de entraves no desenvolvimento normal da criança.

Tanto os pediatras como os pais preencheram um questionário específico, após cada encontro, nos dando uma visão da experiência vivida.

Todos os pais participantes da observação assinaram uma autorização tendo ciência de que fariam parte desta pesquisa. Ao término desta etapa estava previsto uma reunião com os pediatras onde colocaríamos os resultados das avaliações feitas em conjugação com os dados computados qualitativamente dos questionários. Tendo nesta avaliação uma comprovação de nossa hipótese,

apresentaríamos uma explanação teórico-clínica que sustentaria a próxima etapa. Nesta reunião esclareceríamos também os indicadores que permearam nossa observação, buscando sensibilizar o pediatra no sentido de acoplá-los ao seu olhar clínico.

Na segunda etapa a sustentação teórica e os indicadores clínicos, apresentados na reunião, serviriam de instrumento para os pediatras na detecção de sinais de sofrimentos psíquicos que exigissem uma intervenção na própria consulta e/ou encaminhamento para um tratamento psicanalítico. Nesta etapa não estaríamos mais presentes no momento da consulta. Faríamos reuniões frequentes com o pediatra para o acompanhamento do trabalho e avaliaríamos em conjunto a pertinência do atendimento solicitado para a tríade pais/bebê. A princípio atenderíamos por um período de 1 ano os casos encaminhados pelos pediatras. Em todas as intervenções feitas marcaríamos uma consulta de acompanhamento para 2 a 3 meses após a intervenção, para que avaliássemos o desenvolvimento da criança.

III. A pesquisa no campo

Durante a primeira fase de observação fomos percebendo que nós, observadores, mantínhamos uma postura crítica ao trabalho do pediatra. Nesse momento nos demos conta da delicadeza do nosso lugar — estávamos ali por um desejo nosso e não por uma demanda dos pediatras.

Ao longo deste período percebemos a expectativa que existia nos pediatras para darmos soluções a situações que emergiam nas consultas e um apelo para que nos juntássemos a eles com uma atitude crítica e autoritária junto aos pais, o que se pode ver nos seguintes exemplos: “joga fora esta chupeta mãe!..., Não é psicóloga?”. E, diante do choro de um bebê: “Está mimando demais! Tá muito manhoso! Não é psicóloga?”

Ficamos mais atentas aos meandros da contratransferência, pois isto podia nos levar a ocupar o lugar autoritário dos pediatras ou o lugar de vítima dos pais.

Quanto aos pais, desde o início, houve uma grande receptividade. Frequentemente, nos corredores, éramos abordadas por eles com muitas perguntas evidenciando um desejo de participarem da pesquisa. Alguns pais, após as consultas, nos convocavam buscando um acolhimento frente ao estado de desamparo em que estavam ou tentando uma aliança nas críticas que faziam aos atendimentos.

Ao longo destes meses verificamos que a nossa presença na sala vinha provocando mudanças na dinâmica das consultas pediátricas: um olhar mais minucioso aqui, uma escuta maior à mãe sobre o saber de seu filho, uma pergunta sobre a relação pais-bebê.

Observamos cerca de 600 consultas e a partir das reflexões que expomos acima, sentimos a necessidade de valorizarmos o papel do pediatra, e de reformularmos nossa postura.

Quando construímos o projeto presumíamos que o pediatra teria um perfil com uma visão mais psicológica do desenvolvimento infantil, em função de sua escolha para lidar com bebês e com a dinâmica familiar, tão peculiar, do início da vida. Discutindo estas questões fizemos algumas reflexões: Quais fatores poderiam estar interferindo na visão do pediatra em relação ao viés psicológico? Percebemos alguns fatores externos: as condições precárias de trabalho nas quais o pediatra se via envolvido; a remuneração que provoca a correria de um emprego para outro; o tempo curto das consultas devido ao excesso de demanda; problemas na dinâmica do Centro de Saúde e, como sabemos, a existência de uma falha na formação acadêmica referente à ausência de um embasamento maior sobre o desenvolvimento psicológico da criança que pode acarretar doenças psicossomáticas. Ressaltaremos aqui um fator que nos chamou atenção ao longo do segundo ano da pesquisa. Alguns pediatras antigos se aposentaram e novos foram admitidos. Percebemos que os jovens pediatras mostraram logo interesse em participar da pesquisa e uma pré-disposição para um olhar mais integrado do viés psicológico com o físico. Seria isto decorrente de uma mudança na formação acadêmica, a troca com os pediatras já engajados na pesquisa ou uma motivação, um impulso natural dos jovens para a interação com outros saberes?

Levamos também em consideração alguns fatores internos que poderiam estar influenciando nas suas posturas. Pareciam estar munidos de defesas contra angústias referentes talvez aos seus próprios bebês internos; as suas vivências como bebês e de como foram cuidados, desta forma, pareciam se distanciar dos ideais que porventura sustentaram suas escolhas. Isto ficava mais claro nas suas reações frente a situações mais mobilizadoras, tal como o relato muito assustado de uma mãe sobre a convulsão de seu filho. Neste momento o pediatra apenas expressou: “Isto vai passar!” Não dando assim espaço para os pais falarem sobre seus medos e inseguranças.

Ao final deste período de observação constatamos que os indicadores clínicos de base psicanalítica pré-selecionados por nós, como desencadeadores

de dificuldades psicossomáticas, realmente sinalizavam entraves no desenvolvimento normal da criança.

Com base na experiência desta 1ª etapa modificamos a parte do planejamento referente à reunião com os pediatras onde apresentaríamos os sinais de sofrimento psíquicos que permearam nossa observação. Resolvemos que em função, tanto da dinâmica do Centro, como da singularidade de cada pediatra deixaríamos a reunião para uma fase posterior. Mudamos então nosso lugar de observador para a introdução de uma “conversa” a cada intervalo de consulta: de observadores passamos a interlocutores. Falávamos sobre o que tínhamos percebido, sempre validando as intervenções e posturas positivas do pediatra (acolhimento aos pais, escuta do relato da mãe sobre o bebê...). Organizamos também em forma de apostila, um resumo das situações clínicas do bebê e seus principais sinais de sofrimento psicossomático que foi entregue aos pediatras, individualmente, e discutido. Esse momento de transição para a segunda etapa durou quatro meses. A partir daí, percebemos uma maior sensibilidade dos pediatras frente às situações clínicas. Quando aparecia alguma dissonância na relação mãe-bebê com evidência de algum sinal de sofrimento no bebê, trocávamos idéias sobre o caso, e era feito pelo pediatra o encaminhamento para atendimento. Com esses procedimentos notamos no olhar do pediatra e nas suas intervenções uma sensibilidade maior para a integração do aspecto físico com o psicológico e a importância deste trabalho em conjunto e, vez por outra, expressavam: “Oi psicóloga! Que bom que você chegou! Vou atender hoje um caso que acho que vai ser para atendimento com você.” Quando em uma consulta na qual não estávamos presentes, percebiam alguma distorção na relação ou no desenvolvimento, remarcavam a consulta para o dia em que estávamos presente, como também por vezes tomavam nota do telefone da mãe e nos davam para entrar em contato.

Atendendo a uma demanda maior dos pediatras e dos pais, frente a este novo formato, aumentamos a idade das crianças observadas para até 3 anos. Este dado nos servirá para uma reflexão teórica, pois acreditamos, que esses pedidos podem conter elementos ligados a fatores psicológicos, históricos, políticos e sociais em relação à subjetividade dos bebês e crianças de 0 a 3 anos.

Durante esse período a direção do Centro de Saúde nos cedeu uma sala e os atendimentos passaram a acontecer com uma grande aceitação dos pais. Na consulta, quando se observava alguma dissonância na relação pais-bebê ou sinal de dissociação psicossomática, os pediatras trocavam idéias conosco e encaminhavam a tríade para atendimento. Nós avaliávamos a situação ali na hora, e

decidíamos de acordo com o caso e/ou com a disponibilidade da família por um atendimento imediato no corredor do Centro, uma conversa maior na sala de atendimento ou o estabelecimento de um compromisso com uma psicoterapia.

Esse modelo permaneceu durante a segunda etapa da pesquisa. Na continuidade dos atendimentos e a partir da interlocução possível entre os pediatras e psicanalistas, uma forma de atendimento se impôs naturalmente: a “interconsulta”⁷.

Acreditamos que esse formato favorece sobremaneira a prevenção de saúde mental, pois acontecendo no ato da consulta pediátrica atende, principalmente, às necessidades da maioria das famílias de baixa renda que procuram o Centro Municipal de Saúde. Este dado nos parece apontar para um modelo viável de se realizar no âmbito da saúde pública.

Paralelo ao trabalho de campo o grupo de pesquisadores continuou se reunindo frequentemente com o propósito de discutir e avaliar algumas questões que surgiram na prática, visando um maior embasamento teórico-clínico para o desenvolvimento de nosso estudo, sobre a constituição da subjetividade, no Grupo dos Primórdios da Vida Psíquica.

IV. Exemplos diversificados de atendimentos

Caso 1

Na sala de espera para a consulta pediátrica, a psicanalista observou um menino de 2 anos e meio, agitado, correndo de um lado para o outro, abrindo as portas dos consultórios enfim causando um reboliço. A mãe, segurando no colo um bebê de sete meses, uma menina, parecia não saber o que fazer. O menino não atendia aos aflitos apelos dela.

A psicanalista estabelece uma conversa com a mãe. Fala do momento difícil e, se não tem quem a ajude. A mãe diz que não tem ninguém, a família mora longe e que está muito cansada. Tem tentado “ensinar” ao filho, mas não consegue.

Mais tarde conta, que o filho quando tinha 6 meses, mordeu o bico do seio e ela deu um grito muito alto. A mãe acha que isso fez muito mal para ele e por isso é assim. Mas que quando o pai está em casa ele fica diferente. Diz que ficou com muito medo de amamentar a filha e ela morder também. Mas isso nunca aconteceu e que a filha mama muito.

⁷ Interconsulta – Zavaschi, Lima e Palma (2000) definem a interconsulta como as ações desempenhadas pelos profissionais de saúde mental junto a outros profissionais no hospital geral.

A psicanalista conversa sobre o parto de cada um (cada história rapidamente) e ressalta a diferença. Fala que parece que a mãe ficou muito culpada por ter gritado com o filho. Conversam sobre a dor real (o filho já tinha denti-nho). A psicanalista sinaliza que a partir daí a mãe não conseguiu mais dizer não para o filho deixando-o meio à deriva e que, provavelmente, a situação se agravou diante do nascimento da irmã. A psicanalista assinala também, que agora, a cada tentativa que a mãe fazia para colocar limites o menino podia achar que a mãe não o amava mais, pois já tinha a irmã para ela.

Logo a seguir a mãe diz: “...é eu, às vezes, tenho muito medo dele machucar feio a irmã...”.

A psicanalista fala para a mãe que seria importante que ela dedicasse alguns momentos para estar sozinha com seu filho conversando, brincando. Que contasse para o pai sobre nossa conversa e pedisse sua ajuda nos cuidados com o bebê.

Este formato de intervenção acontecia frequentemente. Neste caso relatado, a intervenção foi feita a tempo, isto é, “no aqui e agora” e por vezes era aberto um espaço para uma continuidade de atendimento.

Caso 2

Durante a consulta de um bebê do sexo masculino com três meses de idade, a mãe apresenta-se muito aflita, chorando muito, preocupada com a sua volta ao trabalho. Sentia-se numa situação na qual não estava preparada, temia por esta separação e pela interrupção da amamentação. A pediatra encaminha-a para a nutricionista visando à alimentação. A mãe continuava chorando. A psicanalista intervém perguntando à mãe se ela gostaria de conversar a sós na sala de atendimento.

Com a psicanalista ela relata que curtiu muito a barriga, mas, que teve muito medo da responsabilidade, foi difícil sua adaptação com o bebê, principalmente, em relação à amamentação. Chegou a pensar em desistir da amamentação. *Mas ele insistia.* A psicanalista perguntou como ele te ajudou para que você não desistisse? Nesse momento a mãe se dirige ao bebê e com voz “*manhês*” fala: “você pegava com muita força! Não é? Fala para a doutora”. O bebê lhe devolve um olhar e um sorriso. A psicanalista pergunta: “Será que também desta vez ele não vai te ajudar?” Em seguida junto à mãe viram as possibilidades concretas de sustentação que haviam ao entorno dela. Em decorrência desta conversa inicial estabeleceu-se a oportunidade de um acompanhamento em forma de consultas terapêuticas que ocorreram em quatro encontros.

No último encontro o bebê estava todo vestido “de menino” com uma camiseta que trazia os dizeres: “quando eu crescer vou ser médico.” A mãe já tinha retornado ao trabalho, seu marido tinha tirado uma semana de férias para ajudar na adaptação do menino, que ficaria com a senhora, uma vizinha, que a ajudou quando ele nasceu e que vai ficar cuidando dele. No *follow up*, três meses mais tarde, compareceram a consulta o pai, a mãe e o bebê. E animados falaram do projeto de retornar à sua terra natal, para criarem seu filho em um lugar mais calmo. A psicanalista pode constatar que a mãe estava tranqüila, mostrava-se mais segura podendo agora usufruir do apoio dado pelo pai. O bebê estava saudável, balbuciando e sorrindo no colo de seus pais.

Caso 3

Numa consulta de acompanhamento a mãe fala repetidamente de seu cansaço. No colo um bebê de onze meses grande e robusto. Quando a pediatra pergunta sobre a alimentação a mãe diz que não agüenta mais dar o peito. A pediatra pergunta como era o ritmo das mamadas. A mãe ri e diz que dava o peito a noite toda. O bebê dormia no seu braço e de vez em quando mamava. A pediatra diz que a alimentação está totalmente errada e que vai encaminhá-la para a reunião de nutrição. Nesse momento a psicóloga pergunta: “quem está precisando mais desse mamã”? A mãe ri muito e diz: acho que sou eu, fico com muita peninha dele, pois trabalho o dia inteiro...

A pediatra e a psicanalista trabalham juntas essa situação, tanto em relação à necessidade de introduzir outros tipos de alimentação, importantes para a criança da idade do bebê, como uma orientação de como ela se organizar para iniciar a separação de forma dosada e menos sofrida: dar a última mamada mais tarde, colocar o bebê dormindo longe dela, pedir a ajuda do marido para ficar com o bebê quando ele acordar... A pediatra e a psicanalista acolhem também algumas idéias dadas pela mãe. A mãe se despede mais animada mostrando mais vitalidade.

V. Conclusão

Encerramos nossa atividade nessa pesquisa no mês de janeiro de 2010. Houve um atraso no cronograma inicial de aproximadamente três meses em função dos impasses que foram surgindo ao longo de nosso trabalho referentes a dinâmica do Centro de Saúde (recadastamento, férias de alguns pediatras, etc.).

Após uma avaliação de nossa experiência, junto aos pediatras e as triades pais-bebê, durante estes dois anos de pesquisa, destacamos duas modalidades de intervenção, além da modalidade de atendimento que de início havíamos projetado. Atendendo a demanda e a dinâmica que se estabeleceu passamos a fazer “conversas terapêuticas” com os pais-bebê e crianças de até três anos nos bancos das salas de espera do Centro e, dentro dos consultórios dos pediatras participamos de intervenções no modelo “interconsultas”. Paralelamente, em alguns casos foi possível desenvolvermos a técnica de intervenção precoce, apesar das dificuldades sociais de algumas famílias para se deslocarem até o Centro.

Constatamos a importância desses espaços, que fomos “convocados” a ocupar como cuidadores. Aprendemos também muito com os pais e com os diferentes profissionais expandindo, dessa forma, nossa compreensão nessa área da saúde pública. Ficou muito claro também para nós que existe a necessidade da existência da organização de uma estrutura voltada para a especificidade dessa atividade: O cuidado desse universo: os Primórdios da Vida Psíquica na prevenção de saúde mental.

Maria de Fátima de Amorim Junqueira

Rua Senador Vergueiro, 92/303
Flamengo-Rio de Janeiro-RJ
22230-001
fone: (21) 2558-6127
e-mail: fjunk@centroin.com.br

Regina Celi Bastos Lima

Praia de Botafogo, 210/303
Botafogo-Rio de Janeiro-RJ
22250-040
fone: (21) 2552-0396
e-mail: reginacbl@hotmail.com

Isabella de Lemos Novello

Rua D. Mariana, 53/802
Botafogo-Rio de Janeiro-RJ
22280-020
fone: (21) 2286-3510
e-mail: ilnovello@terra.com.br

Tereza Casalade

Rua Timóteo da Costa, 625/503
Leblon-Rio de Janeiro-RJ
22450-130
fone: (21) 2523-8557

Referências

- BALINT, B. *A falha básica: aspectos terapêuticos de regressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BOWLBY, J. *El vinculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1976.

- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- BRAZELTON, T. B. *et al.* *A dinâmica do bebê*. Artes Médicas: Porto Alegre, 1987.
- BUSNEL, M-C. *A linguagem dos bebês*. São Paulo: Escuta, 1997.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- FERENCZI, S. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Obras Completas, v. 4).
- FREUD, S. (1896). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 1).
- _____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, v. 7).
- _____. (1926). *Inibição, sintoma e angústia*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, v. 20)
- _____. (1930). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, v. 21).
- GOLSE, Bernard. *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- KLEIN, M. Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: RIVIERE, J. (Org). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969.
- LEBOVICI, S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- LIMA, Regina Celi; PALHARES, Maria do Carmo. Desamparo e vida. *Cadernos de Psicanálise- CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 20, n. 12, 1998.
- MAIA, Marisa Schargel. *Extremos da alma*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- PIONTELLI, Alessandra. *De feto a criança*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- SAFRA, Gilberto. *A face estética do self*. São Paulo: Unimarco, 1999.
- _____. *A Po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.
- STERN, Daniel. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SZEJER, Myriam. *Palavras para nascer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- WINNICOTT, D. W. (1931). Notas sobre anormalidade e ansiedade. In:_____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1914). A observação de bebês numa situação estabelecida. In:_____._____. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1956). *Pediatria e neurose da Infância*. In:_____._____. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1957). A contribuição da psicanálise para a obstetrícia. In: *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
- _____. O relacionamento inicial da mãe com o filho. In:_____._____. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
- _____. (1996). A mãe dedicada comum. In:_____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- _____. (1967). O conceito de indivíduo saudável. In:_____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990.
- _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.