

# Primeira Infância

ideias & intervenções oportunas



# Senado Federal

## Mesa

Biênio 2011/2012

**Senador José Sarney**  
PRESIDENTE

**Senador Anibal Diniz**  
1º VICE-PRESIDENTE

**Senador Waldemir Moka**  
2º VICE-PRESIDENTE

**Senador Cícero Lucena**  
1º SECRETÁRIO

**Senador João Ribeiro**  
2º SECRETÁRIO

**Senador Vicente Claudino**  
3º SECRETÁRIO

**Senador Ciro Nogueira**  
4º SECRETÁRIO

### SUPLENTES DE SECRETÁRIO

**Senador Casildo Maldaner**  
**Senador João Durval**  
**Senadora Maria do Carmo Alves**  
**Senadora Vanessa Grazziotin**

**Doris Marize Romariz Peixoto**  
DIRETORA-GERAL

**Claudia Lyra Nascimento**  
SECRETÁRIA-GERAL DA MESA

# **Senado Federal**

## **Secretaria Especial de Editoração e Publicações**

DIRETOR

**Florian Augusto Coutinho Madruga**

DIRETOR ADJUNTO

**André Luiz R. Santana**

DIRETOR DA SUBSECRETARIA INDUSTRIAL

**José Farias Maranhão**

DIRETOR DA SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, SUPRIMENTO  
DE MATÉRIAS-PRIMAS E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

**Luiz Carlos da Costa**

DIRETORA DA SUBSECRETARIA DE EDIÇÕES TÉCNICAS

**Anna Maria de Lucena Rodrigues**

DIRETOR DA SUBSECRETARIA DE ANAIS

**Fernando Antônio Nunes Reis**

# Primeira Infância

Ideias e intervenções oportunas

***Primeira Infância***  
*Ideias e intervenções oportunas*

**Organizadores** { *Jaqueline Wendland*  
*Laurista Corrêa Filho*  
*Lisle Heusi de Lucena*  
*Marcia Alvaro Barr*

Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz  
Senado Federal  
primeirainfancia@senado.gov.br

Esta obra pode ser adquirida na Livraria do Senado Federal.  
Informações: [www.senado.gov.br/livraria](http://www.senado.gov.br/livraria)

Subsecretaria de Edições Técnicas  
Praça dos Três Poderes - Av. N2 - Unidade de Apoio III  
70165-900 Brasília -DF  
0xx61 3303 3576 e 3303 3575  
fax: 0xx61 3303 4258  
email: [livros@senado.gov.br](mailto:livros@senado.gov.br)

2012 | Primeira Infância: Ideias e intervenções oportunas

© Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização da Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, Senado Federal.

Organização do livro: Jaqueline Wendland, Laurista Corrêa Filho, Lisle Heusi de Lucena e Marcia Alvaro Barr

Capa: Toni Lucena e Tiago Palma

Foto da capa: Ianê Heusi

Projeto gráfico e diagramação: Tiago Palma

Apoio: Valor Cultural e Bananazoo Design

Wendland, Jaqueline; Lucena, Lisle; Corrêa Filho, Laurista; Barr, Marcia, Organizadores  
Primeira Infância: Ideias e intervenções oportunas / Jaqueline Wendland; Laurista  
Corrêa Filho; Marcia Alvaro Barr. – Brasília; Senado Federal; Comissão de Valorização da  
Primeira Infância e Cultura da Paz, 2012

366 p. ; il  
ISBN: 978-85-7018-460-3

1. Pediatria. 2. Obstetrícia. 3. Psicologia. 4. Psiquiatria. 5. Neonatologia. 6. Educação. 7. Primeira Infância - prevenção da violência. 8. Primeira Infância - Saúde Mental. 9. Criança - Desenvolvimento Integral. 10. Saúde da mulher - depressão pós-parto. 11. Adolescência - gravidez. 12. Crianças e adolescentes - aspectos sociais. 13. Crianças e adolescentes – drogas e letalidade. I. Wendland, Jaqueline. II. Corrêa Filho, Laurista III. Barr, Marcia Alvaro.

CDD: 610

## *Homenagem*

*Dedicamos esta obra ao Doutor Salvador Celia, in memoriam,  
pela devoção à causa da Infância e por ter sido nossa inspiração  
e incentivo nesta jornada.*

# Sumário

- 10** *Prefácio*  
José Sarney
- 12** *Apresentação*  
Lisle Heusi de Lucena
- 17** *Os Autores*
- Artigos*
- 25** *Prevenção, intervenções e cuidados integrais na gravidez e no pós-parto*  
Jaqueline Wendland
- 39** *A prevenção em perinatalidade e a primeira infância: o exemplo dos acolhimentos coletivos pais-bebês*  
Jaqueline Wendland
- 56** *Vinculação na primeira infância: a trama das interações familiares*  
Susana Tereno
- 67** *A comunicação mãe-bebê: o crescimento do cérebro em desenvolvimento e a gênese dos processos mentais no início da vida*  
Iole da Cunha
- 72** *Bebê com manual de instruções: estratégias de comunicação mãe-bebê*  
Iole da Cunha
- 76** *Identificação e regressão na construção do psiquismo materno*  
Teresa C. Freire e Daniela S. Chatelard
- 82** *Depressões maternas e outras dificuldades psicopatológicas no período perinatal: seu impacto na saúde do bebê*  
Monique Bydlowski
- 88** *Importância dos cuidados de saúde mental para jovens mães em período perinatal, em particular nos casos de maternidade adolescente*  
Monique Bydlowski
- 103** *Gravidez na adolescência: o contexto brasileiro*  
Diana Dadoorian
- 108** *Natimorto invisível*  
Teresa C. Freire e Daniela S. Chatelard

- 113** *Desenvolvimento do bebê: da concepção aos três anos*  
Laurista Corrêa Filho
- 125** *Impacto de diferentes tipos de banho no comportamento e fisiologia de bebês recém-nascidos em alojamento conjunto*  
Laurista Corrêa Filho, Ana Maria de Castilho, Dulce Amália Araújo de Carvalho, Maria Paulina de Oliveira Azevedo e Leonora de A. Pinto Teixeira
- 140** *O estresse na infância*  
João Gomes Pedro
- 156** *Desenvolvimento psicológico precoce: histórico e algumas questões teóricas*  
Antoine Guedeney
- 161** *Parentalidade pós-moderna na primeira infância*  
Maria Cristina Milanez Werner
- 180** *Os determinantes da adversidade*  
João Gomes Pedro
- 199** *Criança, família e sociedade: ensaio sobre as origens do amor*  
João Gomes Pedro
- 215** *Do abrigo ao acolhimento: importância do vínculo nos cuidados institucionais*  
Dirce Barroso França
- 229** *A abordagem pikleriana e os desafios da socialização*  
Bernard Golse
- 235** *A descoberta de Lóczy*  
Bernard Martino
- 238** *As raízes da violência*  
Antonio Marcio Junqueira Lisboa
- 244** *O apego e a resiliência: teoria, clínica e política social*  
Antoine Guédeney
- 253** *Proteção da infância: prevenir precocemente a violência e o fracasso escolar*  
Maurice Berger
- 261** *O papel da linguagem na microgênese das funções psíquicas e sua aplicação no desenvolvimento e aprendizagem da criança*  
Jairo Werner
- 268** *As crianças e o futuro do brincar*  
Marilena Flores Martins
- 272** *A importância da formação dos profissionais da Primeira Infância*  
Regina Orth de Aragão

- 276** *Defesa pelo desamor da educadora*  
Victor Guerra
- 283** *É a creche o melhor lugar para as crianças de até 3 anos?*  
Vital Didonet
- 288** *As funções do Jardim de Infância*  
Victor Guerra
- 304** *Exposição pré-natal a drogas – o crack e suas repercussões*  
Gabrielle Bocchese da Cunha
- 315** *Ameaça, drogadição e questão social -  
rebatimentos posteriores a fragilidades na primeira infância*  
Rosane Albuquerque
- 321** *Uma rede nacional e um plano nacional pela primeira infância: inovação brasileira*  
Vital Didonet
- 336** *Ações políticas para proteger a infância*  
Pedro Simon
- 340** *Ações legislativas para melhorar o desenvolvimento da primeira infância*  
Osmar Terra
- 350** *Paraíba abre a itinerância da Semana de Valorização da Primeira Infância*  
Iraê Lucena
- 354** *Considerações ao Senado brasileiro*  
Bernard Martino
- 360** *Exposição Infância e Paz*  
Marcia Alvaro Barr
- 365** *Glossário*

# *Prefácio*

---

## COMISSÃO SEMANA DE VALORIZAÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA E CULTURA DA PAZ

---

Em 2009 criamos, aqui no Senado Federal, a Comissão Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz. Destina-se ela a sensibilizar e conscientizar as autoridades constituídas, organizações não governamentais e toda a sociedade, no sentido de dedicar maior atenção à Primeira Infância, tendo em vista que essa é uma fase primordial na construção do ser humano para a formação de um indivíduo mais apto à convivência social e à cultura de paz.

Esta comissão consolida a iniciativa que já estava em vigor em nossa Casa desde 2007 com o 3º Forum Senado Debate Brasil que teve o tema “Políticas para a Primeira Infância – Quebrando a Cadeia da Violência”, e a Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, realizada em 2008. Fizemos depois em 2009 a 2ª Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, com o tema “O Brincar na Construção da Paz”; em 2010, a 3ª Semana, com o tema “A Importância dos Primeiros Laços entre o Bebê e os Cuidadores”; e em 2011 a 4ª Semana, com o tema “A Mulher Grávida, o Bebê e a Primeira Infância na construção da Saúde Mental”.

Para este ano contamos mais uma vez com a colaboração, que tem sido uma constante, de especialistas internacionais. Entre eles cito a Professora Monique Bydlowski, da Universidade de Paris; a Professora Jaqueline Wendland, brasileira que trabalha com a Primeira Infância há vinte anos na Universidade de Paris V; a Professora Suzana Tereno, portuguesa, que também trabalha na Universidade de Paris V; Professor Maurice Berger, também da Universidade de Paris V; o Professor Antoine Guedeney, da Faculdade Xavier Bichat, Universidade Denis Diderot, Paris VII; a Professora Dirce Barroso França; o Professor Jairo Werner, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); o ex-Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados Vital Didonet — fundador da Rede Nacional da Primeira Infância, que surgiu em nosso primeiro evento do Senado; o cineasta Bernard Martino, autor de vários filmes sobre a infância; e Professor Bernard Golse, da Universidade de Paris V.

O tratamento oferecido à primeira infância é essencial, como se sabe, para o desenvolvimento do ser humano. O que a criança recebe, de positivo e de negativo, tem repercussões no resto da vida, corporal ou intelectual. Os cuidados que a sociedade deve ter com as crianças — mesmo antes do parto, no atendimento às mães — são, portanto, uma prioridade. O Senado Federal acredita que ao chamar a atenção para este assunto presta um serviço da maior importância.

Agradeço, na pessoa de Lisle Heusi de Lucena, que preside a Comissão Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, a todos os membros da Comissão e servidores do Senado que tornam possível essa realização tão importante. Saúdo também aos eminentes professores que colaboram com seus conhecimentos especializados para a qualidade científica que faz deste evento uma referência nacional.

*Setembro de 2012*

*José Sarney*  
Presidente do Senado Federal

## ***Apresentação***

---

Trabalhar para a construção de um mundo melhor sempre foi um sonho. E, na busca desse objetivo, nada como dedicar-se às nossas crianças, inocentes e indefesas, que se tiverem boas oportunidades, acolhimento na vida, amor da família, educação de qualidade desde a primeira infância, ensino dos valores humanos, poderão tornar-se adultos pacíficos. Atualmente a violência está em toda parte, na classe abastada, na classe média, na classe menos favorecida. A falta de afeto, de disciplina e de limites na formação de crianças no mundo atual, onde o mais importante é “ter” do que “ser”, resultará, com certeza, em jovens violentos. Quem não foi amado, não terá capacidade para amar. Como agir?

Sei que falo sobre o óbvio, mas foi com base nessa preocupação e inspirada por estudos científicos e palestras realizadas por meu marido, o pediatra e neonatologista, Laurista Corrêa Filho, especialista em Saúde da Mulher e da Criança, que decidi envolver-me nessa causa e plantar uma semente deste ideal nesta Casa, e que espero possa frutificar num futuro próximo.

As descobertas científicas, principalmente na área da neurociência, apontam a faixa etária até seis anos como decisiva na constituição de um indivíduo saudável, equilibrado e pacífico. Isso porque é nessa fase que se desenvolvem a autonomia, a empatia e a autoconfiança das crianças, contribuindo para o seu desenvolvimento intelectual, social e emocional. Iniciativas educacionais adequadas podem prevenir problemas futuros, incluindo as condutas violentas.

Comprovado está que a relação positiva da criança com os seus cuidadores, principalmente com a mãe, é fator decisivo para o desenvolvimento do apego (vínculo afetivo), condição essencial para o desenvolvimento equilibrado da criança até os 3 anos de idade.

Em 1999, Tremblay, no Canadá, Ruther (Inglaterra), Werner (E.U.) e Cyrulnik (França) citam uma pesquisa feita pela organização não governamental “Fighth Crime: Invest in Kids” (Combata o Crime: Invista em Crianças) que provou que cada dólar gasto em um atendimento de qualidade na infância poupa US\$ 7 em gastos no sistema policial e prisional. São US\$ 7 para cada US\$ 1 gasto. Ou seja, o Governo Federal deveria investir mais na melhoria das creches, das escolas e na capacitação dos cuidadores e professores, do que em presídios de segurança máxima.

Dentro desse enfoque, inspirada também por um grande incentivador na apresentação dessa proposta, o saudoso Doutor Salvador Celia, organizador da Semana do Bebê em Canela (RS), fui mentora da justificativa do Projeto de Lei “Prevenção da Violência com investimento na

Primeira Infância”, inicialmente apresentado a nível estadual pela Deputada Iraê Lucena (PM-DB-PB), transformado em Lei e sancionado pelo então Governador de Estado, Cássio Cunha Lima. No Senado Federal essa ideia foi reapresentada como Projeto de Lei pelo Senador Pedro Simon (PMDB-RS) e sancionada pelo Presidente da República, como Lei nº 11.523 em 18 de setembro de 2007, firmada pela então Ministra-Chefe da Casa Civil da Presidência da República, Dilma Rousseff.

Essa Lei tem como principal objetivo mostrar a importância da implementação de políticas públicas embasadas em ações nas áreas da saúde, educação e cidadania, voltadas para a Primeira Infância, para que no futuro possamos ter cidadãos mais preparados e voltados a uma Cultura de Paz.

Pretende também estimular eventos e ações que sensibilizem e conscientizem as autoridades constituídas e a sociedade como um todo sobre as verdadeiras causas da violência e explicitar que “atrás de uma arma que mata há sempre um cérebro emocionalmente mau preparado”.

Como mentora dessa proposta e com o relevante apoio de renomados especialistas, nacionais e internacionais, senadores e deputados, tenho tentado colocá-la em prática após a sanção, organizando todos os anos um evento voltado para este tema, no Senado Federal.

Esses especialistas vêm contribuindo gratuitamente, ao longo de seis anos, durante esses eventos, para esclarecer e conscientizar os nossos políticos e o público em geral por meio de conferências, participando de Audiências Públicas na Comissão de Educação, Cultura e Esporte, Comissão de Direitos Humanos e Comissão de Assuntos Sociais, em cursos e oficinas, sobre a importância de ações voltadas à Primeira Infância.

Iniciamos em 2007, quando fui proponente e organizadora do Terceiro Fórum Senado Debate Brasil - Políticas para a Primeira Infância, quebrando a Cadeia da Violência, um evento da Presidência do Senado.

Na ocasião recebemos a preciosa colaboração da ABEBÊ - Associação Nacional de Estudos sobre o Bebê, através de seus membros, Doutora Regina Orth, Professor Vital Didonet, Doutor Salvador Célia (in memoriam), Doutor Laurista Correa Filho e da presidente da Valor Cultural (oscp que acompanha crianças e adolescentes em situação de risco), jornalista Marcia Alvaro Barr, na elaboração da Programação Científica deste Fórum.

Tivemos a honra da presença do Professor francês, Hubert Montagner, que veio brilhantemente nos falar sobre as Casas da Primeira Infância, que já funcionam com sucesso na França, com cuidadores especialmente preparados para lidar com as crianças, passando-lhes o afeto e a segurança, tão necessários nesta fase da vida. Quero aqui registrar o apoio recebido do Instituto Zero a Seis e a colaboração da Professora Marilena Flores Martins, do IPA Brasil, que tornou-se parceira da Comissão. Contamos também nesse primeiro evento com a presença de vários conferencistas nacionais que abordaram suas experiências bem sucedidas nesta área da Primeira Infância.

A fluência de instituições de todo o Brasil, atuantes no âmbito da temática da criança, levou à consolidação da Rede Nacional da Primeira Infância que, sob a coordenação do Professor Vital Didonet, construiu o Plano Nacional da Primeira Infância. Esse Plano foi aprovado pelo Conselho e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República assumiu a coordenação de sua execução.

Em 2008, propusemos e coordenamos a 1ª Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz como tema “Investimento na Primeira Infância e a Prevenção da Violência”, com o total apoio do então Presidente do Senado, Senador Garibaldi Alves Filho, do Dr. Florian Madrugá, chefe de gabinete da Presidência do Senado na época, da Rede Nacional da Primeira Infância, ABEBE, Valor Cultural, Instituto Sidarta e IPABrasil, entre outros. Contamos também com as presenças de brilhantes conferencistas nacionais e internacionais, entre eles o Professor João Pedro Gomes (Portugal) e Victor Guerra (Uruguai).

A exposição itinerante Infância e Paz, sob a responsabilidade da OSCIP Valor Cultural, foi inaugurada no Salão Negro do Senado Federal durante esse evento e em seguida convidada a permanecer por um mês no Museu Nacional do Complexo Cultural da República, localizado na Esplanada dos Ministérios, tendo grande repercussão positiva na mídia. Seus grandes painéis foram criados pelo artista Toni Lucena, com frases de impacto que levam as pessoas a uma reflexão.

Em 9 de setembro de 2009, o Presidente do Senado, Senador José Sarney, instituiu a Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, permanente e não remunerada, por meio do Ato número 351. Essa comissão, a qual tenho a honra de presidir, tem promovido a articulação entre o Legislativo e os outros setores do Poder Público e da sociedade civil, com o propósito de fortalecer as iniciativas em benefício da infância. Agradecemos ao Presidente Sarney por essa valorosa iniciativa. Registramos também agradecimentos especiais ao chefe de gabinete da Presidência do Senado, Dr. Sérgio Penna, pelo relevante apoio a esta causa nobre durante todos esses anos.

A 2ª Semana de Valorização da Primeira Infância foi realizada em outubro de 2009, com o tema “O Brincar na Construção da Paz”. Tivemos as presenças dos brilhantes conferencistas Professores Antoine Guedeny, da França; Richard Tremblay e Francisco Quiroz, do Canadá, além de cursos e oficinas com renomados palestrantes nacionais. O apoio especial recebido das embaixadas da França e do Canadá, pela relevância do tema, tornou possível a participação dos palestrantes estrangeiros.

Em novembro de 2010 realizamos a 3ª Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz com o tema “A Importância dos Primeiros Laços entre o Bebê e os Cuidadores”. Contamos naquele ano com a preciosa colaboração dos renomados especialistas internacionais Professores Bernard Golse, Silvain Missonier, da França, e Professora Elvidina Nabuco Adamson-Macedo, do Reino Unido, como também de especiais colaboradores nacionais. As embaixadas da França e do Reino Unido gentilmente patrocinaram a vinda desses conferencistas.

Na 4ª Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, realizada em outubro de

2011, tivemos a honra de receber os renomados conferencistas franceses, Professoras Monique Bydlowski e Jaqueline Wendland e o cineasta Bernard Martino, como também nossos grandes colaboradores nacionais, que vieram enriquecer o nosso evento com os seus conhecimentos. Fizemos também em 2011, a primeira itinerância do evento e da exposição Infância e Paz em João Pessoa, Paraíba, a convite do Governador Ricardo Coutinho. Levar um evento desse porte foi uma grande oportunidade de estender conhecimentos tão valiosos a outros estados do Brasil, chamando a atenção das autoridades locais para a relevância desta causa e para as ações que devem ser tomadas nesta direção.

Em 2012, estamos na 5ª Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, com o tema: “Desenvolvimento Integral da Criança – teoria e prática”, convidados especialistas de renome nacional e internacional, como os Professores Maurice Berger, Susana Tereno e Jaqueline Wendland, da França e do Brasil. Fica registrado em especial, o apoio recebido da Professora Iole Cunha.

Nessa trajetória, gostaria de enfatizar a essencial colaboração da Embaixada da França, através da sensibilidade das senhoras Marina Felli e Carmen Balduino, como também do Senhor Embaixador Yves Edouard Saint-Geours, que desde a realização de nossa 2ª Semana têm sido parceiros valiosos, inclusive proporcionando a tradução simultânea dos eventos.

Agradeço também o grande apoio da Professora Cláudia Siqueira, diretora do Instituto Sidarta, de São Paulo, que desde 2011 tem colaborado conosco na organização do evento e no início desta obra.

De modo pessoal, faço um agradecimento especial a Aline Lucca, Marcia Barr, Vital Didonet, Laurista Corrêa, Ianê Heusi, Natacha Lucena e Tiago Palma (autor da programação visual de todas as Semanas e da exposição Infância e Paz, além do projeto gráfico deste livro), que me acompanham, desde o início, como voluntários extremamente dedicados na organização desses eventos.

Registro ainda a dedicação de Jaqueline Wendland, Marcia Barr, Laurista Corrêa e Tiago Palma, que mergulharam em trabalho intenso para viabilizar este livro, com o apoio da Secretaria de Edições Técnicas.

Gostaria de agradecer também a demais órgãos do Senado Federal que vêm contribuindo a cada ano, com eficiência, para a boa execução desses eventos, como a Presidência do Senado; a Primeira Secretaria; a Diretoria Geral; a Secretaria Especial de Comunicação Social; a Secretaria de Relações Públicas; o Prodasen, a Comissão de Educação, Cultura e Esporte; o Instituto Legislativo Brasileiro; o Interlegis a Secretaria Especial de Editoração e Publicações, a Secretaria Técnica de Eletrônica e a Biblioteca do Senado.

Quero estender os meus agradecimentos a Deus e a todos que, de alguma forma, contribuíram para o sucesso deste evento no Senado Federal.

Desejamos que as autoridades deste país possam ver a Primeira Infância como uma questão

de Política de Estado, tomando as medidas necessárias em prol de nossas crianças. E foi com este intuito que organizamos esta publicação, para passar os preciosos conhecimentos destes grandes especialistas que trabalham com dedicação por um mundo melhor, com garantia aos direitos humanos, mais amor, solidariedade e paz!

Acreditamos que não está desgastada a máxima que dita que a união faz a força e unidos em torno de uma causa nobre como a Primeira Infância, haveremos de vencer. Quando trabalhamos com o coração, o universo conspira sempre a nosso favor.

*Lisle Heusi de Lucena*

Presidente da Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz  
Senado Federal – Presidência

---

**Nota:** Os leitores que desejarem pesquisar sobre o material dos eventos aqui relacionados, devem consultar o link [www.senado.gov.br/senado/programas/infanciaepaz/](http://www.senado.gov.br/senado/programas/infanciaepaz/)

## **Os Autores**

---

### ***Ana Maria de Castilho Paula***

---

*Pediatra, neonatologista, assistente da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, Hospital Regional da Asa Sul, Brasília.*

### ***Antoine Guédény***

---

*Pedopsiquiatra, chefe do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Hospital Xavier Bichat-Claude Bernard, Paris; professor de Psiquiatria da Infância e Adolescência na Faculdade Xavier Bichat, Universidade Denis Diderot (Paris VII), responsável pelas pós-graduações em Psiquiatria Perinatal e em Vinculação. Presidente da World Association for Infant Mental Health (WAIMH); membro da ABEBÊ - Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê; criador da Escala ADBB - “Alarme Détresse Bébé” - para detecção dos sinais de risco e depressão do bebê.*

### ***Antonio Márcio Lisboa***

---

*Pediatra, membro da Academia Brasileira de Pediatria; membro honorário da Academia Nacional de Medicina; ex-presidente da Academia de Medicina de Brasília, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade de Pediatria de Brasília, professor Titular de Pediatria da Universidade de Brasília.*

### ***Daniela Scheinkman Chatelard***

---

*Psicanalista, professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília; Doutora em Filosofia pela Universidade de Paris 8.*

---

### **Bernard Golse**

*Ppediatra, psiquiatra infantil e psicanalista. Chefe do serviço de psiquiatria infantil do hospital Necker-Enfants Malades, em Paris, professor de psiquiatria da criança e do adolescente das Universidades Paris V e Paris VII. Membro do Conselho Superior de Adoção, na França. Fundador e Ex-Presidente do Grupo WAIMH de Língua Francesa, Presidente da Associação Pikler-Lóczy (França) e membro correspondente da ABEBÊ - Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê.*

---

### **Bernard Martino**

*Nascido em Argel (Argélia) e radicado na França, formou-se pelo Instituto de Altos Estudos Cinematográficos – IDHEC; atuou como assistente, em curtas e longas-metragens, de Louis Malle, Charles Belmont, Gérard Pirés e Claude Miller; assistente-realizador no Office de Radiodiffusion-Télévision française-ORTF; co-autor de documentários com Daniel Karlin sobre saúde mental na adolescência e idade adulta; autor das séries para TV “O bebê é uma pessoa” e “O bebê é um combate” e do filme “Lóczy: uma casa para crescer”.*

---

### **Diana Dadoorian**

*Doutora em Psicologia Clínica e Psicopatologia pela Universidade Paris VIII/França; psicóloga e psicanalista do Instituto de Psiquiatria da UFRJ; Coordenadora do curso de especialização lato sensu em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.*

---

### **Dirce Barroso França**

*Psicóloga, psicanalista, mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (UnB), com especialização em cuidados institucionais no Instituto Lóczy- Budapeste e especialização em intervenções precoces pela ABENEPI-RJ; membro da ABEBÊ, membro fundador e presidente do Instituto Berço da Cidadania, representante do DF no GT Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, representante do Instituto Berço da Cidadania na Rede Nacional Primeira Infância.*

---

### **Dulce Amalia Araujo de Carvalho**

*Enfermeira do Departamento de Neonatologia, Hospital Regional da Asa Sul, Brasília.*

### **Gabrielle Bocchese da Cunha**

---

*Doutora em Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; pediatra do Programa de Atendimento a Bebês Expostos a Substâncias Químicas do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, de Porto Alegre; pesquisadora do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS.*

### **Iole da Cunha**

---

*Pediatra e neonatologista, formada em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com residência médica em Pediatria no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; especialista em Pediatria pela Associação Médica Brasileira - AMB e especialista em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP.*

### **Iraê Lucena**

---

*Secretária de Estado da Mulher e da Diversidade Humana da Paraíba; graduada em Comunicação Social; Deputada estadual por três mandatos, com foco principal nos temas da criança e da mulher; presidiu a Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade de Oportunidades. Autora das leis que instituíram a Semana da Não-Violência contra a Mulher, a Semana Estadual da Saúde da Mulher e a Semana de Prevenção da Violência com Investimento na Primeira Infância, além da lei que trata da exploração sexual de crianças e adolescentes e da que estabelece a Notificação Compulsória da violência contra a mulher atendida em serviços de urgência e emergência.*

### **Jairo Werner**

---

*Doutor em Saúde Mental pela UNICAMP e Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF); professor associado da Faculdade de Medicina da UFF, responsável pela área de Psiquiatria Infantil da Graduação e do Mestrado em Saúde Materno-Infantil; professor de Educação Inclusiva da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); médico especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência e especialista em Pediatria; pesquisador titular do Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho; membro do Fórum Permanente de Direito da Criança e do Adolescente da Escola da Magistratura do RJ (EMERJ).*

---

### **Jaqueline Wendland**

*Psicóloga, professora titular de Psicopatologia da Perinatalidade, da Parentalidade e da Primeira Infância na Universidade Paris Descartes (Paris V); diretora do Mestrado em Psicologia Clínica e Psicopatologia e psicóloga clínica na Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi, Serviço de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, Hospital Pitié-Salpêtrière, em Paris, França. Graduada em Psicologia e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialista e Doutora em Psicopatologia do Bebê pela Universidade Paris XIII e Livre Docente pela Universidade Paris Descartes. Dirige a equipe de pesquisa “Perinatalidade, Primeira Infância e Parentalidade: aspectos sociocognitivos e emocionais” no Laboratório de Psicopatologia e Processos de Saúde e é membro do grupo internacional de experts em Saúde e Desenvolvimento da Mãe, em Paris.*

---

### **João Carlos Campos Gomes-Pedro**

*Doutorado em Medicina pela Universidade de Lisboa, com formação para docência no Child Development Unit da Universidade de Harvard, EUA; presidente dos Conselhos de Mestrado em Saúde Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa; professor catedrático e coordenador das Disciplinas de Pediatria (FML); Presidente dos Conselhos de Mestrado em Educação Médica (FML); Diretor do Centro Brazelton em Portugal; membro do Conselho Estratégico e presidente da Comissão de Humanização do Hospital de Santa Maria.*

---

### **Laurista Corrêa Filho**

*Pedriatra, neonatologista, graduado pela Universidade de Brasília; especialista em Saúde da Mulher e da Criança pela Sorbonne – Universidade de Paris V; assistente estrangeiro no Hospital Cochin-Port Royal, Paris, França; coordenador do curso de especialização em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento da criança da concepção aos três anos, na Universidade de Brasília. Ex-presidente da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal.*

---

### **Leonora de A. Pinto Teixeira**

*Enfermeira do Departamento de Neonatologia, Hospital Regional da Asa Sul, Brasília.*

### ***Marcia de Magalhães Alvaro Barr***

---

*Jornalista, graduada em Comunicação Social pela Universidade de Brasília, preside a OSCIP Valor Cultural, instituição que atua na área de criança e adolescente, executora do Programa de Proteção à Criança e Adolescente ameaçado de Morte – PPCAAM-DF, em convênio com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; parceira da Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz do Senado na realização da Semana de Valorização da Primeira Infância, é produtora da Exposição Infância & Paz.*

### ***Maria Cristina Milanez Werner***

---

*Psicóloga Clínica e Jurídica, perita, sexóloga, terapeuta de casal e de família, terapeuta em EMDR e em Brainspotting. Especialista em Terapia Familiar Sistêmica, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-RJ, Doutoranda em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ, diretora da Associação de Terapia Familiar do Estado do Rio de Janeiro – ATF-RJ, conselheira da Associação Brasileira de Terapia Familiar - ABRATEF, Diretora do Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho - IPHEM.*

### ***Maria Paulina de Oliveira Azevedo***

---

*Enfermeira do Departamento de Neonatologia, Hospital Regional da Asa Sul, Brasília.*

### ***Marilena Flores Martins***

---

*Assistente Social pela PUC-SP, pós-graduada em Animação Sócio-Cultural pela FESP; especializada pela Associação Latino-Americana de Análise Transacional (ALAT); ex-secretária adjunta da Secretaria Estadual da Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (2002) e atual presidente da IPA Brasil – Associação Brasileira pelo Direito de Brincar.*

### ***Maurice Berger***

---

*Formado em medicina, com diploma em Psiquiatria de Crianças e Adolescentes pela Universidade de Lyon, França; dirige o serviço de Psiquiatria Infantil e do Adolescente do Centro Hospitalar Universitário de Saint Etienne e integra comissões ministeriais cujo tema é a proteção da criança; professor da Pós-Graduação em Psicologia da Uni-*

*versidade de Lyon II e do Colégio de Psicanálise Familiar (Associação Psicanalítica Internacional); dirige programas de pesquisa sobre os problemas de desenvolvimento de crianças expostas a carências parentais e sua prevenção, bem como sobre o acompanhamento terapêutico de crianças violentas.*

---

### **Monique Bydlowski**

*Médica Psiquiatra, diretora de pesquisas no Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica da França – INSERM; responsável pelo Laboratório de Pesquisa da Maternidade Cochin-Port Royal, Hospital Tarnier, Paris.*

---

### **Osmar Terra**

*Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com especialização em Desenvolvimento da Primeira Infância pela Universidade de Brasília. É mestre em Neurociências pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Atualmente é deputado federal, representando o Rio Grande do Sul em quarto mandato; preside a Frente Parlamentar da Primeira Infância, é vice-presidente da Rede Latino-Americana de Parlamentares e ex-parlamentares pela Primeira Infância. Ex-Secretário de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, implementou o Programa Primeira Infância Melhor (PIM).*

---

### **Pedro Simon**

*Advogado, formado pela PUC de Porto Alegre, com Especialização em Economia Política e Direito Penal pela Universidade de Paris - Sorbonne; professor licenciado de Economia Política e Sociologia da Faculdade de Caxias do Sul. Ex-governador do Rio Grande do Sul, senador da República em seu quarto mandato, é autor do projeto de lei que criou a Semana de Prevenção da Violência na Primeira Infância.*

---

### **Regina Orth Aragão**

*Psicanalista, especialista em Psicopatologia da Infância pela Universidade de Paris V; Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/SP; ex-psicoterapeuta da “Unité de Soins Spécialisés à domicile aux Jeunes Enfants”, atual Centre Myriam David, no 13º setor de Saúde Mental Infantil de Paris e ex-diretora da Creche Fundação Cabo Frio em Brasília; professora e supervisora do curso de especialização em Psicologia Clínica com Crianças da PUC/RJ; membro da WAIMH, membro fundador e atual presidente da ABEBÊ – Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê.*

### **Rosane Carneiro de Albuquerque**

---

*Assistente Social formada pela Universidade Federal de Pernambuco e Especialista em Direitos Humanos pela Universidade Católica de Pernambuco, atualmente exerce a função de Coordenadora Geral do Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte do Distrito Federal – PPCAAM-DF, executado pela OSCIP Valor Cultural. Integrou as equipes do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da Cidade do Recife – COMDICA; da Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco - SDS-PE; de Centros de Referência da Assistência Social - CRAS-PE e do Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares - GAJOP-PE.*

### **Susana Tereno**

---

*Licenciada em Psicologia Sistêmica Clínica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa; Mestre em Psicologia da Saúde e Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal; professora, pesquisadora e membro associado do Laboratório de Psicopatologia e Processos de Saúde, no Instituto de Psicologia da Universidade Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité e coordenadora do projeto de investigação CAPEDP-Apego (Competências Parentais e Apego na Primeira Infância) que avalia os efeitos de uma intervenção precoce, em domicílio, com famílias em situação de risco, em Paris.*

### **Teresa Cristina Guedes Freire**

---

*Psicanalista, Psicóloga e Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília.*

### **Vital Didonet**

---

*Professor, especialista em educação infantil, atuante na área das políticas públicas de educação e dos direitos da criança. Licenciado em Filosofia, em Pedagogia e Mestre em Educação. Coordenou a Secretaria Executiva da Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI) e coordenou a elaboração do Plano Nacional pela Primeira. É assessor*

*da Rede para assuntos de legislação e representante junto aos órgãos dos poderes Legislativo e Executivo. Foi coordenador de Educação Infantil no Ministério da Educação, Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados e Vice-Presidente mundial da Organização Mundial para a Educação Pré-Escolar - OMEP.*

### **Victor Ricardo Guerra Flora**

---

*Psicólogo, Psicanalista da Associação Psicoanalítica do Uruguai; Mestre em Psicanálise; ex-integrante da equipe de investigação sobre “Relação Mãe-bebê” do CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano); Coordenador Científico e Supervisor da Pós-graduação em “Clínica da Perinatalidade e Transtornos dos Vínculos Precoces”, do Serviço de Psiquiatria Infantil, organizado pela Universidade de Aix en Provence (França) e pela Universidade Luterana de Porto Alegre (Programa Premier de la Maison de Sciences de l’homme, Paris). Mestre em Psicomotricidade CEDIAP, da Faculdade de Psicologia do Uruguai e Faculdade de Psicologia da Universidade de Aix en Provence e pela Universidade de Marselha, França.*

## ***Prevenção, intervenções e cuidados integrais na gravidez e no pós-parto***

*Jaqueline Wendland*

---

Nada na vida se compara à gravidez, ao parto, ao fato de dar a vida a um novo ser humano... A parentalidade é uma passagem delicada e um nascimento sempre é um acontecimento extraordinário, pois reativa a problemática mais antiga do homem: a sua própria sobrevivência e a continuidade da espécie humana. O contexto atual tende a tornar esta transição ainda mais delicada. De fato, em muitos países ocidentais, observa-se que as famílias têm se tornado cada vez mais pequenas, isoladas, recompostas, muitas vezes monoparentais e sofrem da falta de apoio familiar e social. Os jovens pais também estão confrontados com uma mudança de papéis e de valores, com uma ausência de modelos, e o convívio entre gerações é limitado.

Por outro lado, o nascimento de um bebê, induzindo à formação ou à transformação de uma família, constitui uma formidável oportunidade para a implementação de estratégias de prevenção e de intervenção. No período perinatal, tanto o bebê como os pais apresentam um funcionamento “maleável”, uma abertura propícia às mudanças e novas adaptações. Todos os pais querem o melhor para seus filhos, uma vida melhor do que a que eles próprios tiveram. É neste ideal, nesta esperança - quase um desafio -, que brota o desejo de se tornarem pais. Neste sentido, é muito importante que os profissionais de saúde que acompanham a família nesta “aventura” sejam bem formados para prevenir, detectar e tratar as possíveis dificuldades dos pais e os sinais de sofrimento do bebê, aproveitando esta oportunidade. Neste artigo, após lembrarmos as importantes interações psico-biológicas entre o pré e o pós-natal, discutiremos algumas estratégias de prevenção e intervenção que podem ser implementadas durante a gravidez e o pós-parto, em particular: a) o sistema de acompanhamento pré e pós-natal desenvolvido na França, onde residimos há quase duas décadas; b) um modelo de intervenção precoce preventiva que pudemos testar em Porto Alegre junto a uma população desfavorecida.

### ***Interações e continuidades entre o pré e o pós-natal***

Desde os tempos mais remotos, em todas as culturas, o homem sempre soube, de maneira intuitiva, que os estados emocionais e a saúde física da mulher grávida podem ter repercussões

para a mãe e o futuro bebê (Hipócrates, 400 a.C.). A ciência de hoje permite comprovar, por meio de estudos longitudinais, os efeitos a longo termo na criança da depressão e ansiedade maternas, do estresse e do uso de tabaco e álcool durante a gravidez, condições que logicamente também afetam a experiência da parentalidade na mulher.

Cabe lembrar que 12 a 20% das mulheres grávidas e 12 a 15% de jovens mães sofrem de depressão, na maioria dos casos não diagnosticada nem tratada. A depressão tem efeitos comprovados desde a gravidez, tanto sobre a grávida – além do sofrimento psicológico, induz à negligência em relação à sua saúde: acompanhamento pré-natal irregular, nutrição e sono precários, consumo de tabaco, álcool, soníferos, e mais raramente autoagressão e risco de suicídio –, quanto sobre o feto e o recém-nascido - perfil de desregulação fisiológica e neuro-comportamental: exposição do feto a altos níveis de cortisol e a baixos níveis de dopamina e serotonina; irregularidades no EEG; escores inferiores de orientação visual e auditiva; desregulação dos estados de vigília e do comportamento motor na escala de Brazelton; mais irritabilidade, sobretudo em recém-nascidos de sexo masculino (AUSTIN, 2004/ GERARDIN et al., 2010).

Por sua vez, o consumo de substâncias de risco (álcool, tabaco, drogas, medicamentos) pode induzir na criança, além dos riscos obstétricos e neonatais bem conhecidos (abortos, atraso do crescimento fetal, morte fetal, prematuridade), a síndrome de alcoolismo fetal (SAF), problemas de comportamento, de aprendizagem, de regulação emocional etc. (BURNS; MAT-TICK; WALLACE, 2008/ LEBEL; ROUSSOTTE; SOWELL, 2011/ SOKOL et al., 2007/ VA-RESCON; GAUGUE; WENDLAND, 2007). Ainda que a grande maioria dos futuros pais não ignore completamente os riscos, estudos recentes mostram que estes consumos tendem a ser importantes: em um estudo que realizamos em 2012 em uma grande maternidade parisiense, recebemos uma população (amostra de 305 grávidas) de bom nível cultural (75% com diploma universitário) e socioeconômico (80% casadas e com emprego), dentre a qual 20% das mulheres declararam beber álcool e fumar durante toda a gravidez (WENDLAND et al., em preparação).

Mulheres grávidas também estão frequentemente expostas ao estresse no cotidiano, cujas consequências podem afetar desde o desfecho da gravidez como o desenvolvimento ulterior da criança (GALLOIS; WENDLAND; TORDJMAN, 2012/ GLYNN et al., 2008). Em um estudo recente com 560 grávidas francesas, pudemos mostrar que quanto mais elevado é o nível de estresse da mulher, menor será o peso, o tamanho e o perímetro craniano do recém-nascido e mais curta será a gravidez (WENDLAND et al., submetido). Em resumo, esses dados apontam para o impacto da saúde física e emocional da mulher grávida sobre o desenvolvimento da

futura criança. A plasticidade do desenvolvimento infantil começa desde cedo, tanto para o melhor como para o pior.

Do ponto de vista psicológico, as interações mãe–recém-nascido dão continuidade ao período da gestação, durante o qual a mãe elaborou consciente e inconscientemente certas imagens, preocupações, fantasias, esperanças e antecipações referentes à criança que estava para nascer. Não devemos esquecer que o bebê, ao nascer, tem já um passado de nove meses, durante os quais ele não somente recebeu os alimentos que sua mãe ingeriu, mas também registrou as sensações de prazer e de dor, o estresse, os estados emocionais de sua mãe. Quanto à mãe, a transição para a maternidade, o “tornar-se mãe” também já começou muito antes do nascimento do bebê. Assim, o nascimento não representa nem o começo nem uma ruptura de um processo; ele se inscreve em uma continuidade de uma longa história.

De fato, tornar-se mãe não é um instinto que aparece naturalmente na maternidade, após o parto. A competência materna não é inata. Tornar-se mãe é, antes de mais nada, o resultado de dois processos : de um lado, um longo processo de maturação do desejo de ter um filho (desejo bem anterior à concepção e à gravidez), e de outro lado, temos a aprendizagem pré e pós-natal do papel materno e do que é ser mãe (processo no qual a influência exercida pelo bebê não é desprezível). A descoberta e o encontro, por meio das experiências diárias de cuidados básicos, com um recém-nascido, dotado de capacidades perceptivas e comunicativas únicas, vêm completar e atualizar cotidianamente o processo de tornar-se mãe. As competências do bebê vão se encontrar com as competências da mãe na dinâmica das interações e é da qualidade destas trocas que dependerá o desenvolvimento harmonioso não somente do bebê, mas também da parentalidade.

### *Prevenção e intervenção na gravidez e no pós-parto*

Tendo em vista as noções expostas acima, apresentaremos as abordagens de prevenção e de intervenção suscetíveis de favorecer a transição à parentalidade e as primeiras interações pais-bebê.

Na França, o acompanhamento dos futuros pais e do feto/bebê é organizado por uma **rede perinatal** composta por profissionais de várias disciplinas. Além da equipe da maternidade, que inclui a parteira profissional (*sage femme*), o psicólogo, e os médicos obstetra, ecografista e anestesista, as famílias podem ser acompanhadas pelo serviço de Proteção Materna e Infantil (PMI). Esse serviço, criado após a Segunda Guerra Mundial para melhorar as condições de

saúde materna e infantil, tem uma missão essencialmente preventiva junto a pais e crianças de zero a seis anos. Ele conta com a presença de pediatras, educadoras, psicomotricistas (especialistas do desenvolvimento psicomotor da criança), psicólogos, parteiras e enfermeiras puericultoras (que assumem um papel fundamental de realizar visitas a domicílio desde a gravidez até os seis anos da criança, em função das necessidades e riscos de cada família). Estas últimas têm formação e supervisão na detecção das dificuldades parentais e infantis e asseguram a orientação e o acompanhamento da família até os serviços especializados, se necessário. Por sua vez, mães solteiras e sem recursos do ponto de vista material e afetivo podem ser acolhidas em centros residenciais (*Foyers maternels*, também criados após a Segunda Guerra Mundial), desde o terceiro trimestre de gravidez até o terceiro ano de vida da criança. Estes centros têm a missão de acompanhar a mãe e o bebê neste período e ajudar na reinserção social e profissional da mãe. A figura ilustra estes e outros serviços que fazem parte da rede perinatal.



Sabe-se que cada etapa da vida exerce uma influência sobre aquelas que vão se suceder. Por definição, toda estratégia de prevenção deve intervir o mais cedo possível, assim que os fatores de risco são identificados e idealmente antes mesmo da aparição das primeiras dificuldades. Neste sentido, a rede perinatal, e sobretudo o serviço de Proteção Materna e Infantil, desenvolvem ações de:

- Prevenção primária: visa diminuir a prevalência de doenças na população, por meio da

vacinação, da prevenção de consumos e comportamentos de risco, bem como de doenças infecciosas durante a gravidez (toxoplasmose, rubéola), da prematuridade etc.;

- Prevenção secundária: visa detectar de maneira precoce os distúrbios e impedir ou diminuir sua evolução (sinais precoces de distúrbios do desenvolvimento, de sofrimento psicológico no bebê, de dificuldades nos cuidados básicos da criança, etc.), o que exige uma boa formação da equipe que está primeiramente em face da população, como pediatras, clínicos gerais, enfermeiras puericultoras a domicílio;

- Prevenção terciária: visa diminuir o impacto das doenças e dos distúrbios constatados, por exemplo, oferecendo cuidados precoces para crianças portadoras de distúrbios genéticos, tratando o mais cedo possível a depressão materna ou distúrbios do desenvolvimento (autismo, atraso na linguagem).

As situações que comportam riscos são assinaladas em reuniões semanais ou mensais (chamadas staff de parentalidade) por médicos ou psicólogos, incluindo os profissionais da rede perinatal, assim como os parceiros dos serviços de atendimento médico (pediatra, clínico geral da família) e psicológico (serviços públicos de psiquiatria adulta e infantil). A Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (Serviço de Psiquiatria da Criança e do Adolescente do Hospital Pitié-Salpêtrière, Paris), no qual atuamos há 13 anos, faz parte desta rede perinatal e recebe pais e futuros pais de crianças de zero a três anos. Cabe sublinhar que existem também algumas equipes perinatais “móveis”, que não funcionam em locais próprios, mas se deslocam para os locais nos quais são assinaladas situações de risco, fazendo visitas a domicílio, inclusive no meio rural.

Durante a *gravidez*, na França, além do acompanhamento médico clássico pré-natal, comportando geralmente três ecografias em caso de gravidez de baixo risco (12, 22 e 32 semanas de gestação), foi instituída uma **entrevista do quarto mês de gravidez**, feita pela parteira profissional, que permite conhecer a situação psicossocial da mulher grávida e orientá-la, se necessário, para um atendimento social e psicológico. Este último pode se realizar conjugando-se o acompanhamento pelo psicólogo na maternidade e visitas a domicílio pela enfermeira puericultora do serviço de PMI. As grávidas e futuros pais também assistem a sete sessões de preparação para o parto e para os cuidados com o recém-nascido. Estas sessões são propostas por parteiras e enfermeiras puericultoras a partir do sétimo mês de gravidez e acontecem na maternidade ou no domicílio, se a futura mãe não pode se deslocar (ameaça de aborto, risco de prematuridade). Uma boa preparação para o nascimento implica a criação de um laço de confiança entre a grávida e a pessoa que a acompanhará durante o parto (em geral a parteira profissional). Enfim, muitas maternidades também organizam “grupos de parentalidade”. Estes reúnem pais e futuros pais, permitindo trocas de experiências sobre a transição entre o pré e o pós-natal,

o nascimento, as primeiras interações com o recém-nascido, contando com a presença de um psicólogo e de uma enfermeira puericultora, que atendem às dúvidas ou dificuldades.

Quando dificuldades psicológicas importantes são constatadas, a situação é encaminhada a um serviço perinatal especializado, como a Unité Vivaldi. Nesta unidade, mulheres grávidas necessitando acompanhamento psicológico podem ser atendidas (acompanhadas sempre que possível do futuro pai) em consultas com psiquiatra, em psicoterapia com psicólogo ou em co-terapia. Esta última é a modalidade mais privilegiada, pois conjuga o trabalho em psicoterapia da “gravidez psíquica” com a preparação da “gravidez na realidade concreta” fornecida pela enfermeira puericultora. Esta última aborda com a futura mãe questões sobre o nascimento, os primeiros cuidados do bebê, o aleitamento, frequentemente incluindo visitas a domicílio para ajudar a organizar o espaço do bebê, as compras necessárias, etc. O trabalho psicológico com futuras mães é orientado pelas noções de “crise maturativa” (BIBRING et al., 1961), de “transparência psíquica” (BYDLOWSKI, 1991), de união do bebê com os cuidados maternos e de “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956), da “neo-formação” psíquica constituída pelo funcionamento psicológico materno no pós-parto (CRAMER; PALACIO-ESPASA, 1993/ CRAMER, 1994) e de “constelação materna” (STERN, 1997). Muitas vezes as dificuldades maternas na elaboração do processo de parentalidade estão ligadas a conflitos com seus próprios pais, lutos não elaborados ou lembranças dolorosas das suas infâncias. Esta associação entre o passado e o presente não é surpreendente, pois sabemos que o nascimento de uma criança faz ressurgir as lembranças, os traumatismos e as dificuldades do passado dos pais que não puderam ser elaborados anteriormente. O trabalho terapêutico durante a gravidez pode ter então um efeito preventivo, por exemplo, protegendo a mãe de sofrer de uma depressão pré ou pós-natal, de repetir experiências difíceis com a criança etc.

Enfim, ainda que seja um tema grave, cabe lembrar que toda grávida não será necessariamente mãe. Quando a gravidez é incompatível com a maternidade, seja quais forem as razões pessoais, materiais, conscientes ou inconscientes, deve-se propôr apoio nas decisões que a mulher deve tomar. O dispositivo francês prevê, além da interrupção voluntária da gravidez (possível até as 14 semanas de gravidez), a possibilidade de dar à luz de maneira identificada ou anônima (acouchement sous X), e em ambos os casos, de confiar a criança ao serviço social de adoção. A criança será recolhida em um orfanato por dois meses, período durante o qual a mulher poderá ainda anular a decisão de abandonar a criança. Estas medidas têm o objetivo de prevenir abortos clandestinos, abandonos, infanticídios e maus-tratos a bebês.

**O nascimento e a estadia na maternidade** constituem um momento-chave para a preven-

ção em perinatalidade, período infelizmente cada vez mais breve em muitos países por razões econômicas. É fundamental acompanhar com empatia e confiança os futuros pais durante o parto e as primeiras interações com o recém-nascido, bem como detectar e prestar ajuda em face dos primeiros sinais de dificuldades no ajustamento dos pais à criança. Deve-se permitir e encorajar a presença do pai durante o parto, não somente como suporte à parturiente, mas como “sujeito e ator” do evento, respeitando-se, é claro, sua opção pessoal. Uma intervenção visando melhorar a qualidade da relação pais-bebê será suscetível de fazer retroceder as dificuldades de regulação do bebê (problemas de sono, alimentação, choro excessivo, etc) bem como as dificuldades que os pais encontram nos cuidados diários e no tornar-se mãe e pai. Por outro lado, a prática do alojamento conjunto tornou-se generalizada e mostrou seu impacto positivo sobre o apego pais-bebê e o aleitamento materno (WENDLAND, 2006). Este último necessita apoio e informações objetivas por parte da equipe, mas não deve ser forçado. É importante que a equipe da maternidade respeite, na medida do possível, as práticas culturais e certos tipos de cuidados do bebê, que podem às vezes diferir daqueles da equipe médica. Sobretudo, neste período de aprendizagem e dúvidas, a equipe deve fazer o máximo para evitar fornecer informações incoerentes ou fazer comentários negativos sobre as características do bebê ou as práticas parentais. Este período também é importante para a detecção de transtornos psíquicos do pós-parto, como o post-partum blues (se severo, pode ser anunciador de uma depressão materna que se instala) ou a psicose puerperal.

Nestes casos graves, o dispositivo terapêutico francês também dispõe de **unidades de hospitalização em psiquiatria perinatal**, que permitem a hospitalização conjunta da mãe e do bebê, evitando assim separações traumáticas e permitindo uma abordagem não somente do distúrbio materno, mas também da relação mãe-bebê. As díades podem ser admitidas nestas unidades geralmente até o sétimo mês após o nascimento e as hospitalizações duram em geral entre um e três meses. Estas unidades também podem acolher, mais raramente, grávidas em situação de grande sofrimento necessitando cuidados psiquiátricos.

O período de **retorno ao domicílio e das primeiras semanas do pós-parto** é um momento sempre delicado para os jovens pais, que podem se sentir isolados, cansados, desamparados em face de um bebê que eles não compreendem ainda, que não mama bem ou chora muito... Este momento, de relativa solidão, contrasta com os cuidados e a atenção recebidos pelos pais durante a gravidez e na maternidade, deixando às vezes o sentimento de serem abandonados pelos serviços. A continuidade da atenção aos pais no pré e no pós-natal é importante. Neste sentido, as visitas a domicílio propostas pelo serviço de PMI, os acolhimentos coletivos, gratuitos e abertos a todos os pais, propostos por unidades pais-bebês como a Unité Vivaldi (cf.

outro artigo neste livro), podem se revelar muitos úteis em termos de prevenção primária e secundária. Muitas vezes um olhar compreensivo e empático de um profissional é suficiente para fornecer apoio nos cuidados básicos e reforçar o sentimento de confiança materna. Como dizia Winnicott (1969), toda mãe já traz dentro de si a capacidade para a “maternagem”, para cuidar bem de seu bebê (*ordinary devoted mother*), bastando, quando necessário, que alguém lhe confirme suas capacidades. A presença de uma pessoa da família (em geral o pai ou a avó materna) ou de uma equipe disponível e atenciosa fornece geralmente o suporte social necessário para que o sentimento e a experiência inicial de cuidar bem do bebê possa emergir. Por outro lado, neste período, uma ajuda com os afazeres domésticos pode ser necessária e ter um caráter preventivo, sobretudo se os pais são isolados e a mãe apresenta risco de depressão pós-parto. O dispositivo francês propõe, durante algumas semanas ou meses, em função da renda e das necessidades familiares, um serviço de assistência familiar a domicílio (*TISF - technicien d'intervention sociale et familiale*) gratuitamente ou com participação financeira da família.

Na Unité Vivaldi, além dos acolhimentos coletivos e de consultas terapêuticas, um **grupo de acompanhamento pais-bebês** pode ser proposto. Com ritmo semanal e com duração de 1 hora, este grupo é destinado a pais com bebês que ainda não caminham e é coordenado por um psiquiatra e uma enfermeira puericultora. O setting comporta um grande tapete no centro da peça, sobre o qual os pais colocam seus bebês e onde é oferecido um conjunto de brinquedos adaptados ao nível de desenvolvimento das crianças. A puericultora permanece ao solo junto aos bebês, valorizando suas competências e verbalizando o que cada criança exprime através de seus gestos, iniciativas, vocalizações, etc. A psiquiatra favorece as trocas verbais entre os pais, assim como a expressão dos afetos, lembranças e emoções que emergem do que é observado e vivido nas interações com o bebê, inspirada na noção de ajuda à interação (*interaction guidance*/ MCDONOUGH, 1995). Por outro lado, como no pré-natal, um trabalho em **psicoterapia pais-bebê** pode ser necessário. Em geral com ritmo semanal (uma ou duas sessões) e inspirada nos modelos de Cramer e Palacio-Espasa (1993), Fraiberg (1999) e Stoleru e Morales-Huet (1989), a psicoterapia permite colocar palavras, dar sentido, lá onde o afeto não pôde ainda ser pensado e representado, assim como liberar a relação mãe-bebê das projeções parentais de suas próprias experiências infantis. Observar como uma mãe cuida de seu bebê nos fornece indícios de como ela foi cuidada pela sua própria mãe. Assim, buscamos uma compreensão transgeracional do desenvolvimento das competências maternas e das dificuldades que a mãe encontra por sua vez quando se torna mãe. Observamos também como os pais percebem e interpretam os comportamentos e necessidades de seu bebê, como eles organizam e constroem as representações do bebê, quais são suas capacidades para proteger física e afetivamente o bebê e para propôr estimulações adequadas em função da idade e do nível de desenvolvimento da criança.

### ***Uma experiência de intervenção precoce em uma população desfavorecida de Porto Alegre***

Nos anos 90, tendo como base os conhecimentos sobre as competências perceptivas e comunicativas precoces dos bebês e a nossa experiência clínica, realizamos um estudo que buscou testar a eficácia de uma intervenção precoce sobre a sensibilidade materna e a qualidade das interações mãe-bebê. Tínhamos constatado que muitas mães, sobretudo de meio desfavorecido, tinham conhecimentos limitados ou expectativas irrealistas sobre as competências interativas e o desenvolvimento dos bebês. Por exemplo, muitas afirmavam que o bebê não podia ver, distinguir pessoas ou vozes, ou que não seria sensível ao diálogo com o adulto antes de poder ele mesmo falar.

Assim, o ponto de partida deste projeto foi a ideia de que favorecer o conhecimento e a sensibilidade dos pais às competências interativas precoces do bebê poderia ser uma maneira de: a) promover as interações precoces; b) favorecer o apego seguro na criança; c) promover representações parentais positivas do bebê; d) desenvolver o sentimento de competência materna e e) prevenir negligência e maus-tratos. Nesta época, poucos estudos haviam sido realizados na América Latina e este foi o primeiro estudo controlado desenvolvido no Brasil.

Inspirados nos trabalhos de Brazelton (1988; 1997) sobre as competências precoces do bebê, desenvolvemos um modelo de intervenção adaptada para um uso em larga escala, sob forma de vídeo e de discussão, que foi proposto individualmente no pós-parto a jovens mães de meio desfavorecido. Participaram deste estudo 36 díades mãe-bebê, de nível socioeconômico baixo e médio-baixo (residindo em favelas e bairros pobres de Porto Alegre), aleatoriamente distribuídas entre o grupo experimental (17 mães) e o grupo controle (19 mães). As mães eram todas primíparas, com idade média de 22 anos, residiam com o pai da criança, e tiveram gravidez e trabalho de parto livres de complicações. Os bebês eram de ambos os sexos, nascidos a termo e saudáveis, estando por ocasião da intervenção em torno do segundo dia de vida. A amostra foi recrutada junto ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todas as mães e bebês encontravam-se em acomodações do tipo “alojamento conjunto”.

A intervenção experimental compreendia: exibição de um vídeo de 15 minutos, especialmente concebido para este estudo, seguida de uma discussão de aproximadamente 30 minutos sobre os conhecimentos, expectativas e experiências da mãe sobre os principais pontos abordados no filme. Com base em itens da escala de Brazelton e imagens de mães voluntárias em interação com bebês, o vídeo tinha 5 episódios: 1) a comunicação mãe-bebê; 2) consolando o

bebê; 3) o bebê se aconchega; 4) diferentes tipos de sono e choro e 5) a adaptação do bebê ao ambiente. O tempo total passado com cada mãe era de 50 minutos a 1 hora. A fim de testar a eficácia do conteúdo desta intervenção e não somente o fato de ter sido proposta uma intervenção qualquer, um outro modelo de intervenção foi proposto ao grupo controle. Este seguia o formato, o tempo de intervenção e os procedimentos idênticos aos utilizados com o grupo experimental. Ele focalizava aspectos relativos aos cuidados básicos de saúde do bebê, incluindo os seguintes episódios: 1) higiene na amamentação; 2) higiene bucal do bebê; 3) assaduras e troca de fraldas; 4) a saúde do bebê e a febre e 5) calendário de vacinação do bebê. Ao final de ambas as intervenções, a experimntadora buscava avaliar junto à mãe como ela percebeu a intervenção. Também era entregue um prospecto explicativo dos conteúdos abordados no vídeo, e a mãe era orientada para que os seguisse em casa nos momentos de interação e de cuidados com seu filho.

Os efeitos das intervenções foram avaliados por meio de visitas a domicílio realizadas um mês e seis meses após as intervenções. Nesta ocasião, as mães foram solicitadas a responder às entrevistas abordando os seguintes pontos: 1) condições de saúde do bebê e dos pais neste período; 2) alimentação do bebê; 3) vida cotidiana mãe-bebê; 4) condições de suporte da mãe nos cuidados com o bebê; 5) percepção materna da competência interativa do bebê; 6) interação do bebê com o pai e 7) avaliação da intervenção. A fim de avaliar a qualidade das interações mãe-bebê, as díades foram filmadas em duas situações semiestruturadas (banho e amamentação/alimentação) e uma terceira não-estruturada (interação livre). A qualidade da interação diádica foi analisada, de maneira microanalítica (frequência de comportamentos maternos e infantis observados em intervalos de 15 segundos), em função de uma dimensão apontada como importante para o desenvolvimento do apego - a sincronia interacional (ISABELLA; BELSKY; VON EYE, 1989).

Os resultados obtidos tanto nas observações das interações como nas entrevistas indicaram importantes diferenças entre os dois grupos de díades. As díades do grupo experimental apresentaram interações mais ricas e frequentes com seus bebês que as díades do grupo controle. As diferenças encontradas foram expressas nas principais modalidades de interação, como as trocas verbais, o olhar, o sorriso, as interações corporais, assim como na sensibilidade materna diante do choro e de sinais de desconforto do bebê (reações maternas diante de espirros, tosse, regurgitações etc.). Além disso, as mães do grupo experimental perceberam seus bebês como sendo mais competentes para interagir e aptos a interagir com elas, assim como relataram menor dificuldade nos cuidados e na compreensão das necessidades do bebê do que as do grupo controle. Estas mães também apresentaram um melhor sentimento de confiança e de

competência no papel materno e mais prazer na relação com o bebê, comparadas com as mães do grupo controle. Algumas frases extraídas das entrevistas com as mães, realizadas um mês após as intervenções, ilustram estas diferenças entre os dois grupos:

*“Estou ansiosa para ver este bebê começar a enxergar e a fazer coisas diferentes... Mas ainda está longe disso, né? Talvez quando ela tiver 3 ou 4 meses.. Por enquanto, não tem nada para fazer com ela, ela dorme o tempo todo... ou então ela está ali, deitada, esperando para mamar.” (Angela, grupo controle)*

*“Essa foi uma experiência muito boa para mim, aprendi muito, porque quanto mais a gente fica com o bebê, a gente se olha, estimula, mais perto ele fica, mais ele se apega à gente; se tu estimula, dá atenção pra ele, ele fica mais esperto, feliz, porque se a gente larga o nenê ali, só deitado, se gente não dá atenção, ele fica uma criança parada, uma criança triste.” (Monica, grupo experimental)*

Os resultados deste estudo foram apresentados em detalhe em 3 publicações (WENDLAND; PICCININI, 1998/ WENDLAND; PICCININI; MILLAR, 1999/ WENDLAND, 2004). Eles mostram que a breve passagem pela maternidade pode ser uma ótima oportunidade para se propôr uma intervenção simples, de baixo custo e que pode ser facilmente integrada aos serviços de rotina.

### ***Em conclusão***

Como foi exposto acima, podemos acompanhar os pais e o bebê de muitas maneiras durante o período perinatal, seja com abordagens individuais ou coletivas, seja com objetivos preventivos ou terapêuticos. A formação do pessoal em contato com as famílias, a criação de serviços adaptados e a informação da população sobre a parentalidade e o desenvolvimento do bebê emergem claramente como os elementos-chave de todo dispositivo de prevenção e de intervenção nesta área. A formação da equipe deve ser o quanto mais possível “integrativa”, ou seja, tratando da saúde integral da mãe e da criança e combinando diferentes abordagens. Por exemplo, para orientar uma mãe com questões ou dificuldades no aleitamento, pediatras, enfermeiras ou psicólogos devem conhecer não somente a biologia da lactação e as necessidades nutricionais do bebê, mas também aspectos psicológicos e práticos envolvidos nesta tarefa. Além disso, é importante se ter consciência do que o trabalho com pais e bebês pode suscitar em nós, em termos de envolvimento afetivo, lembranças de nossa própria experiência enquanto pais ou crianças - o que pode interferir na nossa relação com as famílias (sentimentos

de empatia, compaixão, rivalidade, inveja, reparação etc.). Neste sentido, um trabalho regular de supervisão ou em grupos de análise das práticas profissionais pode ser muito útil. Assim, o acompanhamento integral da família no período perinatal e na primeira infância não é uma meta ilusória, mas exige investimento por parte dos profissionais e dos atores do poder público para que possa se tornar generalizada e deixar frutos para as gerações futuras.

---

### *Referências bibliográficas*

AUSTIN, M.P. Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Womens Mental Health*, 7, p. 1-6. 2004.

BIBRING, G. et al. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, p. 9-72. 1961.

BRAZELTON, T.B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

\_\_\_\_\_. La révolution des touch points. In: DUGNAT, M. (Org.). *Le monde relationnel du bébé*. Ramonville Saint-Agne: Erès, 1997. p. 35-46.

BURNS, L.; MATTICK, R. P.; WALLACE, C. Smoking patterns and outcomes in a population of pregnant women with other substance use disorders. *Nicotine & Tobacco Research*, 10 (6), p. 969-974. 2008.

BYDŁOWSKI, M. La transparence psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes*, 32, p. 135-142. 1991.

CRAMER, B. Le fonctionnement psychique dans le post-partum et son rôle dans “l'épinglage d'identité”. *Devenir*, 6 (2), p. 15-21. 1994.

\_\_\_\_\_; PALACIO-ESPASA, F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques*. Paris: PUF, 1993.

FRAIBERG, S. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris: PUF, 1999.

GALLOIS, T.; WENDLAND, J.; TORDJMAN, S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales: une revue critique de la littérature. *L'évolution psychiatrique*, 77, p. 291-301. 2012.

GERARDIN, P. et al. Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier on boys? A prospective case-control study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, November 30. 2010. DOI: 10.4088/JCP.09m05724blu.

GLYNN, L.M. et al. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27(1), p. 43–51. 2008.

ISABELLA, R.A.; BELSKY, J.; VON EYE, A. Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25, p. 12-21. 1989.

LEBEL, C.; ROUSSOTTE, F.; SOWELL, E. R. Imaging the impact of prenatal alcohol exposure on the structure of the developing human brain. *Neuropsychology Review*, publicado online em 3 de março de 2011. DOI 10.1007/s11065-011-9163-0.

MCDONOUGH, S. C. Laide à l'interaction: une technique pour le traitement des troubles relationnels précoces. In: FAVA-VIZZIELLO, G.; STERN, D. N.; BIRRAUX, A. (Org.). *Modèles psychothérapeutiques au premier âge*. Paris: Masson, 1995. p.225- 237.

SOKOL, R.J. et al. Extreme prematurity: An alcohol-related birth effect. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (6), p. 1031-1037. 2007.

STERN, D.N. *La constellation maternelle*. Paris: Calman Levy, 2007.

STOLERU, S.; MORALES-HUET, M. *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*. Paris: PUF, 1989.

VARESCON, I.; GAUGUE, J.; WENDLAND, J. Alcool et grossesse: Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. *Alcoologie et Addictologie*, 29 (3), p. 221-226. 2007.

WENDLAND, J. Les compétences du nourrisson et les représentations maternelles du bébé: Résultats d'une intervention précoce. *Psychiatrie de l'enfant*, 47, 1, p. 183-228. 2004.

\_\_\_\_\_. Junto de minha mãe: o sistema de alojamento conjunto. *Mente e Cérebro*, número especial "A mente do bebê", p. 74 -79. 2006.

\_\_\_\_\_ et al. (submetido) The impact of the mother's wellbeing, stress and obstetric risk status during pregnancy on neonatal outcome.

\_\_\_\_\_. Effets d'une intervention précoce visant à favoriser la qualité de l'interaction mère-bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, XLI, 1, p. 187-217. 1998.

\_\_\_\_\_ et al. (manuscrito em preparação). *Consummations maternelles prénatales à risque:*

facteurs psychopathologiques associés, parentalité et relation foeto-maternelle.

WENDLAND-CARRO; PICCININI, C.; MILLAR, S. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction in low income families. *Child Development*, 70, 3, p. 713-721. 1999.

WINNICOTT, D. W. La préoccupation maternelle primaire. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1956. p.168-174.

\_\_\_\_\_. La théorie de la relation parent-nourrisson. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969. p. 358-378.

## ***A prevenção em perinatalidade e a primeira infância: o exemplo dos acolhimentos coletivos pais-bebês***

*Jaqueline Wendland*

---

Enquanto momentos críticos do desenvolvimento humano, o período perinatal e a primeira infância têm se afirmado cada vez mais como momentos propícios para ações de prevenção em saúde física e mental dirigidas não somente à criança, mas a todo o grupo familiar (BELSKY; BENN, 1982/ HELFER, 1987/ KLAUS; KENNEL, 1993; WENDLAND, 2001; 2004/ WENDLAND; PICCININI, 1995; 1998/ WENDLAND-CARRO; PICCININI; MILLAR, 1999). No entanto, se a grande maioria das mães e crianças pequenas recebem atenção obstétrica e pediátrica, muitas vezes distúrbios do desenvolvimento psicológico infantil, bem como perturbações da parentalidade e da relação pais-criança são identificados e tratados somente mais tarde.

Cabe lembrar que, em muitos países, o nascimento de uma criança constitui uma das poucas ocasiões em que o sistema de saúde pode prestar serviços com a mesma qualidade e os mesmos objetivos junto a uma larga faixa da população (BRAZELTON, 1997). Além disso, a saúde perinatal e na primeira infância constitui um item prioritário em matéria de saúde pública, pois tem repercussões significativas em termos de custos importantes e prolongados para a sociedade.

Neste sentido, não basta somente identificar riscos e dificuldades; a necessidade do desenvolvimento de estruturas dedicadas à primeira infância capacitadas para prevenir, identificar e tratar as dificuldades do bebê e de seus pais torna-se indispensável. Esta necessidade é rapidamente confirmada pelo sucesso dos serviços destinados a esta população assim que estes locais abrem suas portas.

Na França, onde resido há quase vinte anos, tenho a grande chance de trabalhar como psicóloga psicoterapeuta em uma estrutura especialmente concebida para receber pais e bebês. Como veremos mais adiante, até sua arquitetura foi pensada de maneira a favorecer o encontro dos pais com seu bebê. Trata-se da **Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi**<sup>1</sup>, que faz parte do Serviço de Psiquiatria da Criança e do Adolescente do Hospital Pitié-Salpêtrière, em Paris.

---

<sup>1</sup>*Unidade Primeira Infância e Parentalidade Vivaldi*

Neste artigo, apresentamos o trabalho de prevenção e intervenção precoce desenvolvido nesta unidade, e, em particular, uma atividade essencialmente preventiva e que pode ser facilmente transposta para outros contextos culturais: os acolhimentos coletivos pais-bebês.

### ***Apresentação da Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi***

A Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi abriu suas portas em julho de 1995, no 12º bairro de Paris. Ela foi implementada intencionalmente em locais externos ao hospital, inserida no tecido comunitário, de acordo com seus objetivos de prevenção. Ela recebe futuros pais e pais com seus bebês com idade entre 0 e 3 anos. Ela se destina tanto a bebês que apresentam distúrbios precoces (problemas psico-funcionais, problemas de desenvolvimento e de comunicação na relação pais-bebê) quanto a pais que se sentem em dificuldade com seu bebê, mesmo que este não apresente sintoma algum.

**Cabe ressaltar que todos os serviços na Unité Vivaldi são gratuitos e de livre acesso a todas as famílias, inclusive para aquelas sem domicílio fixo ou em situação irregular no país.** Além disso, trata-se do primeiro centro deste tipo criado na França, conjugando **prevenção, intervenção precoce e pesquisa clínica** nesta área.

A população acolhida, tanto em pré como em pós-natal (até os três anos da criança), é bastante variada, apresentando desde situações de dificuldades menores e passageiras (problemas de sono, de alimentação/aleitamento/desmame, adaptação à creche, etc.) a famílias com risco psicopatológico reconhecido (parentalidades atípicas - famílias monoparentais, recompostas, homoparentais, adotivas; de alta vulnerabilidade psicossocial - desemprego, problemas de moradia; isoladas do ponto de vista social e/ou cultural - imigração; sofrendo de rupturas e descontinuidades familiares - separações, crianças com experiência em instituição; com antecedentes de luto não elaborado, abandono e separações precoces, pais com problemas mentais - depressão pré ou pós-natal, distúrbios de personalidade e psicóticos; com dificuldades importantes em assumir as tarefas da parentalidade etc.). Também recebemos famílias com riscos médicos: pais soropositivos, com história de problemas graves obstétricos ou de fertilidade (parto traumático, perdas perinatais, hospitalização neonatal), com problemas de toxicomania e alcoolismo, e crianças prematuras, com anomalias congênitas, com problemas de desenvolvimento, com doenças crônicas, situações de carência de cuidados parentais, violência familiar, maus tratos e negligência, etc. Por fim, recebemos muitos pais que se questionam a respeito de sua capacidade para tornar-se bons pais, pois internalizaram uma imagem negativa de pai ou de mãe (pais frios, severos, indisponíveis, ausentes...), de pais que não souberam criar bem

seus filhos - assim, buscam ajuda para não repetir sua experiência infantil com seus próprios filhos.

Grande parte dos pais e bebês que são encaminhados à Unité nos chegam através de nossa parceria com os profissionais da rede perinatal e primeira infância, com quem instauramos uma colaboração privilegiada. Esta rede compreende:

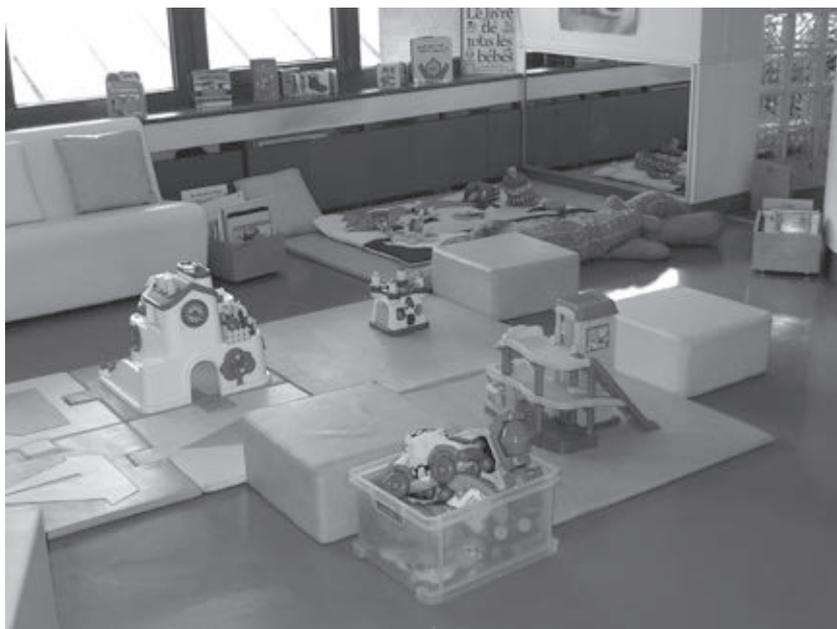
- O serviço de P.M.I. (Proteção Materna e Infantil - centros de saúde para crianças de 0 a 6 anos), por meio de seus setores de consultas, de visitas a domicílio e das assistentes maternas com quem trabalham (baby-sitters formadas e supervisionadas pelo setor de saúde pública);
- As maternidades;
- Os serviços sociais e de justiça;
- Setor público de psiquiatria para adultos;
- Os pediatras e clínicos gerais do setor privado;
- Psiquiatras de crianças e de adultos do setor privado.

Por outro lado, muitas famílias também nos chegam por meio dos contatos que se estabelecem entre as próprias famílias que frequentam a Unité e sua rede de conhecidos (vizinhos, parentes, amigos), enquanto outras vêm espontaneamente após terem passado em frente à entrada da Unité. Neste sentido, o fato de não estarmos instalados em locais dentro hospital, mas “em fusão” com o tecido comunitário, colabora com esta vinda espontânea das famílias, pois contribui para diminuir a resistência dos pais a buscar ajuda e a partilhar com outros suas experiências e dificuldades.

Do ponto de vista arquitetônico, a Unité Vivaldi é composta de dois espaços distintos, separados por uma passarela: o espaço **Acolhimento** e o espaço **Consultas**. Estes locais foram criados por um **arquiteto especializado em estruturas para acolher a primeira infância**. Antes de mais nada, trata-se de um lugar acolhedor, onde pais e bebês evoluem em segurança e com prazer, o que difere dos domicílios nos quais muitos perigos estão geralmente presentes. De fato, a segurança dos locais é um item importante: portas com travas de segurança, móveis e decoração adaptados para crianças pequenas, materiais laváveis, formas arredondadas e convexas, com tamanho adequado, sem risco de machucar a criança, que ofereçam conforto para os pais (aleitamento, repouso, leitura com a criança, etc.), escolha de cores suaves (tons pastéis), isolamento acústico, etc.

Por outro lado, o arranjo do espaço, do contexto onde recebemos pais e bebês é um aspecto fundamental do funcionamento da Unité Vivaldi. O espaço Acolhimento é constituído de:

- Uma grande sala, o *atrium* (átrio - grande peça principal), que permite acolher pais e bebês de modo coletivo;



*Átrio da Unité Vivaldi*

- Vários espaços mais reservados menores chamados “alvéolos”, que permitem acompanhar com mais privacidade o sono, as refeições, a troca de fraldas, os cuidados corporais e o banho dos bebês.



*Os alvéolos favorecem a proximidade dos bebês com seus pais*

Assim, pensamos que a disposição do espaço Acolhimento favorece as relações, os vínculos, pois permite encontros: do bebê com outros bebês e outros adultos, dos pais com outros pais e outros bebês, das famílias com os profissionais, mas sobretudo do bebê com seus pais, tanto de maneira coletiva como mais íntima, a dois ou três (VERMERSCH, 1995; WENDLAND, 2005).

Por sua vez, o espaço de Consultas também foi pensado de maneira a acolher pais e bebês nas melhores condições. No entanto, ele tem uma organização mais convencional e é constituído de:

- *Uma secretaria;*
- *Uma sala de espera que dispõe de jogos, livros para os pais e as crianças, um berço para bebês, toilettes para crianças pequenas e espaço para troca de fraldas;*
- *Duas salas de consulta e de terapias, sendo que uma das salas de consulta é mais ampla que as demais e pode ser utilizada para a prática de terapias familiares. Esta mesma sala também é equipada de um sistema de vídeo que permite filmar consultas e terapias;*
- *Uma sala para a assistente social;*
- *Uma sala com o equipamento de som e vídeo.*



*Sala de espera no espaço de Consultas*

Os profissionais do espaço Acolhimento formam uma **equipe multidisciplinar especializada na primeira infância:**

- *Uma enfermeira - puericultora (especializada nos cuidados básicos do bebê);*
- *Uma auxiliar de puericultura, com formação em massagem do bebê;*

- Dois educadores de crianças pequenas;
- Uma psicóloga, coordenadora e supervisora.

**Esta equipe tem uma disponibilidade cotidiana para receber individualmente pais e bebês sem hora marcada e sem ter passado por uma consulta médica.** Além disso, o Acolhimento coletivo preventivo funciona 3 vezes por semana, aberto durante duas horas, com acesso livre e anônimo às famílias. Descrevemos mais adiante em detalhe o funcionamento do Acolhimento coletivo. A equipe do Acolhimento também pode propor visitas em domicílio para ajudar os pais a pensarem o espaço da criança em casa, como acolher o bebê nas melhores condições de segurança, escolher o material necessário no pós-parto, etc.

A equipe do espaço Consultas é igualmente composta por **pessoal especializado na primeira infância:**

- Quatro médicos psiquiatras habilitados para o trabalho perinatal e com crianças pequenas;
- Três psicólogos psicoterapeutas formados para as terapias pais-bebê e grupos pais-bebê;
- Uma psicomotricista com formação em diagnóstico do desenvolvimento;
- Uma assistente social;
- Uma secretária médica.

Laços estreitos de trabalho unem os espaços Acolhimento e Consultas, pois em realidade trata-se de uma mesma e única equipe. Uma reunião clínica semanal reúne toda a equipe em torno de uma discussão acerca das famílias que estão sendo atendidas nas consultas, que serão recebidas em breve por indicação de uma equipe externa, ou que são vistas no espaço Acolhimento e para as quais a equipe pensa que se deveria propor uma consulta. Além disso, ambas as equipes realizam consultas em conjunto (profissional do Acolhimento + psiquiatra ou psicólogo), em particular quando se trata de encaminhar uma família recebida no Acolhimento para uma consulta diagnóstica. As duas equipes também propõem conjuntamente vários grupos terapêuticos pais-bebês. Um trabalho conjunto das equipes também é preconizado quando fazemos visitas a domicílio, nos casos em que a mãe não pode vir até a Unité (gravidez de risco, doença da mãe ou do bebê, situação de crise, pais isolados e com reticência em consultar a Unité). Por fim, frequentemente após uma consulta com uma família que não conhece o espaço Acolhimento, os psiquiatras fazem uma visita com os pais neste espaço e lhes apresentam a equipe do Acolhimento. Assim, as famílias que o desejam poderão a partir dali frequentar este espaço.

Independentemente de terem chegado por meio do espaço Acolhimento ou do espaço Consultas, a **equipe elabora um projeto terapêutico para cada família**. Este projeto será o mais personalizado possível, à la carte, e reajustado à medida que a situação evolui. Assim, o projeto terapêutico pode comportar vários e diferentes tipos de atendimento, com a intervenção de profissionais de diferentes formações.

A Unité Vivaldi oferece as seguintes modalidades de intervenção preventiva e terapêutica: consultas de psiquiatria perinatal e infantil, psicoterapias e co-terapias pais-bebê, psicomotricidade, 4 modalidades de grupos terapêuticos pais-bebê, acolhimento coletivo preventivo, acolhimento individual e em binômio.

Neste artigo descreveremos mais especificamente os acolhimentos coletivos, as demais modalidades de intervenção já foram descritas em uma publicação anterior (WENDLAND, 2002).

### *Os Acolhimentos coletivos preventivos*

A concepção e o funcionamento do espaço Acolhimento têm suas raízes em uma iniciativa pioneira da psicanalista Françoise Dolto. Por meio da abertura da Maison Verte em Paris em 1979, Dolto apontou para a importância da existência de locais onde os pais pudessem trocar ideias com outros pais e profissionais e obter uma escuta para suas dificuldades com seus filhos, sem ter que solicitar uma hora marcada para atendimento psicológico em um local especializado. A Maison Verte foi o primeiro “lugar de vida” (*lieu de vie*), de socialização e de comunicação aberto para pais e bebês com fins preventivos. No entanto, os bebês podem ser recebidos com babás, parentes ou outras pessoas sem parentesco com a criança.

Na Unité Vivaldi, as crianças são recebidas somente com um ou os dois pais, ou um substituto parental se os pais não têm a autoridade parental sobre a criança. Esta escolha decorre do fato de que trabalhar a relação pais-criança, a parentalidade e o desenvolvimento da criança junto de seus pais são nossos objetivos principais.

Por outro lado, sabe-se que nem sempre é fácil para os pais vir consultar diretamente um psiquiatra ou psicólogo em um gabinete de consultas clássico. Deve-se também oferecer um outro tipo de lugar, acolhedor e específico para os pais e bebês, aberto e disponível, com uma equipe não médica, um lugar onde os pais possam encontrar uma escuta privilegiada e mais acessível. Assim nasceu a ideia de criar o espaço Acolhimento.

O espaço do Acolhimento coletivo é organizado de maneira a poder oferecer diferentes atividades:

- Um espaço para leitura, com tapetes, almofadas e caixas com livros;
- Um espaço para o grafismo: quadro com canetas especiais de desenho para crianças pequenas, mesinha com papéis e lápis de cera;
- Um espaço para jogos com bonecos e bonecas: bercinho, bonecas de vários tamanhos e multirraciais, de ambos os sexos, jogos de panelas, pratos, talheres, penico para boneca, carrinhos de bebê, etc;
- Um espaço para os recém-nascidos e crianças de menos de seis meses: tapete recoberto com lençol, jogos em tecidos ou borracha, chocalhos, cubos em espuma, etc. Os pais ficam sentados em torno, sobre grandes almofadas, o mais próximo possível do nível das crianças;
- Os cuidados de higiene, alimentação, banho e trocas de fraldas se fazem nos alvéolos. Dispomos para isso de uma cozinha onde as mães podem esquentar mamadeiras e preparar refeições; de um toalete para crianças pequenas; de uma sala de banho com banheira para bebê e de dois trocadores de fraldas, que permitem também sessões de massagem, cuidados da pele e unhas do bebê; de dois alvéolos com poltronas para aleitamento, de berço para o bebê, de almofadas e de colchão onde a mãe pode repousar;
- No centro do átrio: jogos de construção, brinquedos que a criança puxa, empurra, faz rolar, quebra-cabeças simples em madeira, jogos simbólicos (família de animais, jogo de doutor, de cozinha, etc);
- Um canto com uma grande pia, adaptada para a altura das crianças, com três torneiras, que permitem jogos com água (transvasamento, moinhos, regadores, etc.).

O Acolhimento coletivo também é um espaço que favorece a **socialização** de crianças que ainda não frequentaram uma creche ou que têm pouco contato com outras crianças, podendo favorecer a adaptação ao jardim da infância ou escola maternal.

De acordo com seus objetivos de prevenção, o Acolhimento coletivo também serve de grande **observatório do desenvolvimento dos bebês** e das relações pais-bebê. Neste sentido, durante o Acolhimento podem ser feitas avaliações do desenvolvimento psicomotor, da comunicação verbal e não-verbal do bebê. Para isso, podemos utilizar a escala de avaliação do desenvolvimento infantil Brunet-Lézine (JOSSE, 1997). Utilizamos também o questionário para pais BITSEA (Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment, Briggs-Gowan et Carter, 2002) que permite uma exploração rápida de sintomas socioemocionais em crianças de 12 a

35 meses. A partir destas avaliações e de nossas observações, uma demanda de ajuda pode emergir de algum dos pais, ou se julgamos necessário um atendimento especializado, os pais serão encaminhados para o espaço Consultas, onde a secretária poderá propor uma consulta diagnóstica com um psiquiatra. A psicóloga presente no Acolhimento coletivo também pode propor uma entrevista com pais que desejem abordar assuntos de ordem mais íntima e com certa urgência. Neste caso, a entrevista é feita, durante o acolhimento, em um dos alvéolos.

### *A chegada*

Pais e bebês são recebidos anonimamente, somente o nome de cada criança presente e sua idade são anotados em um painel na entrada do átrio. Para preservar seu **anonimato**, os pais são apresentados como “mãe de.../ pai de... (nome da criança)”. Quando recebemos uma família pela primeira vez, é muito importante explicar o funcionamento do Acolhimento. Às vezes a família vem acompanhada pela assistente social ou enfermeira puericultora que trabalha no serviço de Proteção Materna e Infantil. Três acolhedoras (psicóloga, puericultora, educadora) estão sempre presentes e apresentam o espaço e o funcionamento do Acolhimento. Uma profissional acompanha a díade durante todo o período desta primeira visita. O pai ou mãe será convidado a apresentar por sua vez os locais e as atividades ao seu(s) filho(s) e as acolhedoras apresentam cada criança que já está presente no espaço.

### *Instalação*

Cada família utiliza um pequeno armário para deixar seus pertences, casacos e sapatos da criança, para que possa se movimentar em plena liberdade e também por razões de higiene. Este tempo de instalação é importante: cada díade necessita um certo tempo para se sentir à vontade, tirar casacos e calçados, escolher o lugar onde a criança será colocada, e isso deve ser respeitado. A chegada a um lugar desconhecido pode suscitar a angústia de separação e ansiedade em face das pessoas estranhas, por parte da criança e mesmo dos pais.

### *O tempo do acolhimento propriamente dito*

Antes de mais nada, convidamos os pais a observar o comportamento, os jogos e as **atividades espontâneas** de seu filho. Muitas vezes, em casa, os pais estão muito absorvidos pelos afazeres domésticos e não estão disponíveis para realmente observarem sua criança. Propomos então que tenham um outro olhar sobre seu filho e que apreciem suas competências adquiridas ou emergentes.

Muitos pais dizem não saber como **brincar** ou não se autorizam a brincar com seu filho. Alguns até consideram o brinquedo como uma atividade banal, quase uma perda de tempo, ignorando sua extrema importância para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e afetivo da criança. Em função do nível de desenvolvimento da criança, oferecemos situações de jogo que favorecem a expressão destas atividades infantis espontâneas e as interações lúdicas pais-criança (WINNICOTT, 1975).

Favorecer a comunicação pais-criança, desde as primeiras semanas de vida, é um objetivo primordial. Por exemplo, a **exploração da voz e dos sons** produzidos pela criança é um excelente suporte. A produção vocal é um objeto natural e privilegiado de comunicação, presente desde o nascimento. De fato, enquanto durante as primeiras semanas de vida o bebê se encontra em uma situação de quase impotência do ponto de vista da motricidade, a voz e a audição já estão funcionais e serão rapidamente investidos para a exploração, o jogo e a comunicação. Por outro lado, todos os pais esperam ansiosos pelos primeiros balbucios de seus filhos. Nós encorajamos os pais a conversar com a criança, a comentar suas atividades, a interpretar seus comportamentos, a imitar, a cantar, etc. Muitos pais adotam de maneira instintiva o “falar-bebê”, adotando um ritmo e um tom de voz que capta e se adapta à atenção do bebê, em um exemplo do que Stern (1985) denomina harmonização afetiva (affect attunement). Podemos então mostrar o prazer que a criança tem ao repetir várias vezes um mesmo som e como ela reage quando imitamos, mudamos o ritmo ou o tom dos sons (mais grave, mais agudo). Procuramos também encorajar os pais a cantar cantigas infantis e parlendas com seus filhos, que constituem um verdadeiro patrimônio cultural familiar e permitem a certos pais rememorem o prazer de suas infâncias, incluindo jogos com as mãos, as partes do corpo, etc. Estes jogos, por sua vez, constituem rituais que a criança vai rapidamente apreciar e reclamar seguidamente, engajando os pais e a criança em momentos de comunicação prazerosos e repetidos. Essas experiências reforçam no adulto o sentimento de ser um “bom pai” ou uma “boa mãe” e na criança, o desenvolvimento de um apego seguro aos pais e o sentimento de ser amado (WENDLAND, 2011). Também é possível utilizar **instrumentos musicais ou objetos sonoros** como suporte de comunicação pais-bebê. Na Unité Vivaldi, temos um grande quadro de descoberta de sons e texturas e muitos objetos sonoros que permitem brincar com sons e ritmos, acompanhados ou não com palavras ou o canto.

**Os livros** também constituem um suporte privilegiado para o trabalho com pais e bebês. Na Unité Vivaldi, os livros são onipresentes: uma caixa com livros está sempre à disposição nas consultas, psicoterapias, sessões de psicomotricidade ou de grupos pais-bebês, assim como

nos Acolhimentos coletivos ou individuais. Tendo em vista a diversidade cultural da população acolhida, dispomos de livros em várias línguas e de contos do folclore popular de muitos países. Bem antes da emergência da palavra, a criança pequena já está em contato com a língua escrita e mostra um interesse precoce espontâneo pelos livros, imagens e histórias que eles contêm. Muitos trabalhos mostram que este “banho de linguagem”, falada e escrita, o contato com histórias, contadas ou lidas, bem como a experiência dos jogos imaginários são ingredientes essenciais ao acesso à linguagem e ao desenvolvimento da vida psíquica da criança. Infelizmente, para certos pais, os livros são objetos “sagrados”, que não podem ser tocados, estragados, sujados... objetos quase inacessíveis à criança.



*Os livros atendem à realidade multicultural da França de hoje*

Segundo Bonnafé (1994), a idade sensível para familiarizar as crianças com livros e histórias seria a idade das primeiras palavras: entre 10 meses e 2 anos. Muitos pais se sentem, de início, não muito à vontade ou até mesmo ridículos (sobretudo se outros adultos estão presentes) ao lerem para bebês e crianças pequenas. Mas as crianças reforçam rapidamente este comportamento nos pais: elas riem, batem os pés, mostram mais livros, pedem para ler mais histórias... De fato, desde muito cedo, as crianças estão em contato com esta língua escrita (veem os pais lendo, escrevendo, olham com interesse etiquetas, jornais e revistas) e o papel e as canetas se tornam rapidamente objetos de interesse para a criança. Os trabalhos de Emília Ferreiro, pedagoga argentina aluna de Piaget, sobre a aprendizagem da escrita pela criança, mostram que as crianças pequenas sabem distinguir o texto das ilustrações e percebem que a escrita tem um sentido, um “código” que os adultos conhecem e que ele quer compreender (FERREIRO; TEBEROSKY, 1979).

O interesse pelos livros neste período precoce não é e nem deve ser utilitário ou pedagógico

(buscando um benefício imediato como a aprendizagem precoce da leitura ou da escrita), e muito menos terapêutico. Trata-se, antes de mais nada, de um suporte para encorajar as interações, a exploração, as construções imaginárias entre os pais e a criança, sobretudo quando as interações pais-criança parecem de início pobres, sem prazer, com os pais afirmando que seu filho não presta atenção em nada... Muitos pais descobrem então, com certa surpresa, que podem compartilhar um momento de prazer e de descoberta com seus filhos por meio das imagens e da história contada. Não é raro que a criança escolha um livro, em particular, que tenha uma ligação com a história dos pais ou com alguma dificuldade atual. Os livros podem servir de “ponte” entre passado e presente, trazendo à consciência lembranças e dificuldades do passado dos pais associadas às dificuldades atuais com o bebê (WENDLAND, 2004). Pode-se dizer que a escolha da criança é sempre apropriada, correspondendo a uma curiosidade ou demanda específica, mesmo que o adulto julgue que o livro já foi lido várias vezes ou que não é adequado para sua idade.

Quando um adulto lê uma história, a criança pequena escuta e ao mesmo tempo manipula o livro ou um outro livro ou objeto, o que pode ser erroneamente interpretado como uma falta de interesse ou de atenção da criança. Na verdade, mesmo estando à distância, a criança escuta e olha de tempos em tempos para o livro e a pessoa que está lendo, depois vem pegar o livro quando a leitura terminou, o folheia, o explora, mostrando algumas imagens que prenderam sua atenção, às vezes contando a si mesma a história. É interessante notar que o reconhecimento das primeiras imagens é acompanhado da enunciação das primeiras palavras - as ilustrações ajudam a fazer associações. Bonnafé (1994) assinala que é importante não limitar a atividade da criança, não forçá-la a ficar sentada ou a não tocar no livro. A exploração manual e o prazer de escutar podem ser prazeres simultâneos na criança pequena. Em poucas palavras, as leituras não são remédios contra a angústia nem receitas pedagógicas, e os livros nunca substituirão a relação direta entre o adulto e a criança. O importante é que os pais aceitem “perder” este tempo com seus filhos - tempo para ler, contar, cantar, imaginar juntos... (WENDLAND, 2004).

Além do que já foi exposto, durante todo o tempo do Acolhimento coletivo preventivo nossa abordagem privilegiou certos tipos de **estratégias** de trabalho, tais como:

- Ajudar os pais a descobrir “como funciona um bebê”, quais são suas necessidades, seus modos de comunicação, suas competências, ritmos, dificuldades e preferências, para que os pais possam estar em empatia com seu bebê, responder de maneira adaptada aos seus sinais;
- Valorizar as competências parentais e acompanhar a transição à parentalidade, para

que possam o mais rápido possível assumir com confiança e prazer os cuidados de seu bebê;

- Valorizar as competências e iniciativas do bebê, pois sabemos que para se manifestar plenamente, elas precisam ser reconhecidas e apoiadas por um parceiro adulto atento e disponível (BRAZELTON, 1997);

- Favorecer a socialização da criança: aprender a viver com os outros, a assimilar regras, limites e a negociar;

- Ajudar os pais nas dificuldades educativas, como obter respeito e não medo por parte da criança;

- Favorecer o reconhecimento do bebê enquanto sujeito - respeitar o tempo e o ritmo do bebê;

- A presença dos acolhedores constitui um modelo de “estar com” e de “fazer com” o bebê, implicando que devemos estar muito vigilantes quanto à nossa postura e comportamento durante o Acolhimento.

Por outro lado, o Acolhimento coletivo favorece a emergência de dinâmicas grupais interessantes. De fato, os momentos do Acolhimento são também uma ocasião para os pais de interagirem com outros pais e com outras crianças, de observarem outras maneiras de ser e de fazer com as crianças. Eles também podem observar como seu filho interage com outras crianças e outros adultos. Muitos pais descobrem assim uma outra imagem de seu filho, com competências até então ignoradas.

Para certas mães, a Unité pode funcionar como um grande receptáculo materno, um **envelope da maternagem**, em que a mãe se autoriza a deixar cair a máscara, a regredir a uma posição infantil, de dependência, necessária para encontrar o bebê que vive nela. Isto pode ser facilitado pelo contexto grupal do Acolhimento coletivo, no qual a mulher se encontra rodeada por outras mulheres, mães como ela (STERN, 1997). Assim, em um primeiro momento, muitas se colocam como rivais de seus filhos, adotando uma posição infantil, para depois poderem adotar uma posição de adulto e de mãe e desenvolverem a capacidade de suportar a frustração de seus próprios desejos, a dependência e as exigências do bebê (CRAMER; PALACIO-ESPASA, 1993).

Estas noções lembram muito a capacidade materna de “*holding*” (sustentação) descrita por Winnicott (1969). Para poder fornecer ao bebê o “*holding*” descrito por Winnicott, a mãe deve poder consagrar uma parte considerável de sua energia para alimentar e sustentar o desenvolvimento da criança. Quando ela se sente invadida ou sobrecarregada pelos seus conflitos internos, pelo sentimento de incompetência e pela falta de disponibilidade, rapidamente as de-

mandas do bebê são percebidas como persecutórias. O bebê torna-se então um tirano, um egoísta que “explora”, “esgota”, “suga” sua mãe. Antes de poder cuidar plenamente de seu bebê, esta mãe precisa se sentir liberada desta carga, para depois, ajudada e sustentada pelos profissionais, “ganhar forças” e poder perceber e responder a seu bebê de maneira adaptada e prazerosa.

Assim, cuidar dos pais pode significar “maternar”, “alimentar” (nurture) os pais para que eles possam por sua vez «dar de comer» aos seus filhos. Neste contexto, “alimentar” significa, antes de mais nada, ouvir, mostrar empatia, por vezes ajudar concretamente e reconhecer as dificuldades que os pais assinalam na relação com o bebê (FRAIBERG, 1999). É assim que muitas mães se apoiam, se alimentam na nossa maneira de ver e agir com seu filho, para então poder investi-lo como um bebê “recompensador” e, em retorno, sentir-se valorizadas no seu papel de mãe. Portanto, o Acolhimento coletivo trata-se, sobretudo, de tomar cuidado (to care) da mãe e do bebê e não de curar (to cure).

### *A despedida*

O momento de partir nem sempre é simples para algumas crianças, bem como para certos pais. Este momento de separação pode ser mesmo até bastante difícil: se separar dos jogos, dos outros pais e crianças, do acompanhamento pelos profissionais, retornar para um cotidiano às vezes difícil ou um espaço com menos conforto e disponibilidade... Assim, este momento é sempre antecipado, preparado, anunciado em geral 15 minutos antes do final do acolhimento. Pais e crianças são convidados a participar da arrumação dos jogos e brinquedos, e auxiliamos os pais a explicar aos seus filhos que poderão retornar um outro dia, que estaremos lá os aguardando...

### *Reunião de síntese do acolhimento*

Após cada acolhimento coletivo, a equipe se reúne para discutir e confrontar as observações de cada profissional. Para cada criança, são anotadas observações no seu dossiê e elaboramos estratégias de abordagem para os próximos acolhimentos. Também discutimos sobre a necessidade de orientar ou não a família para o serviço de Consultas, para a assistente social ou um serviço exterior. No dossiê de cada família ressaltam-se não somente as dificuldades da criança ou as demandas dos pais, mas também os recursos positivos disponíveis no meio familiar.

### *O importante papel da rede de profissionais da perinatalidade e da primeira infância*

Antes de concluirmos, é importante sublinhar nossa forte colaboração com os colegas da rede perinatal e da primeira infância (serviços de maternidade, pediatria, neonatologia, serviço social, serviços públicos de proteção da infância, etc.), que têm o papel fundamental de detectar as perturbações precoces no desenvolvimento infantil, bem como as dificuldades na parentalidade, e de encaminhar as famílias para a Unité.

Sempre que possível, deve-se elaborar em conjunto um programa de auxílio específico a cada família, aproveitando-se a complementaridade desses serviços e de suas equipes multidisciplinares em um trabalho interinstitucional e interdisciplinar. Assim podem ser coordenados juntos o acompanhamento da preparação ao nascimento, a saída da maternidade, o acesso aos serviços de saúde e a indicação de acompanhamento dos pais e da criança.

Neste sentido, a equipe da Unité Vivaldi reserva uma parte considerável do seu tempo para propor atividades junto às equipes externas que desejam estabelecer uma colaboração ou receber uma intervenção de nossa parte. Fazemos intervenções (consultas, reuniões, cursos, cooperações) nas maternidades, creches, jardins da infância, no Serviço de Proteção Materna e Infantil (assistentes sociais, pediatras, enfermeiras puericultoras que fazem visitas a domicílio), em unidades de hospitalização conjunta mãe-bebê e em serviços de psiquiatria adulta (que às vezes já conhecem os pais). Uma reunião por trimestre de “Perinatalidade” é aberta às equipes parceiras, na qual são discutidas situações atendidas em conjunto pelos diferentes serviços e pela Unité, ou para as quais uma indicação de tratamento é proposta por uma das equipes externas.

Estas iniciativas são indispensáveis para a formação do pessoal que está no primeiro plano, em contato direto com as famílias. Propomos encontros multidisciplinares regulares com as equipes para discutirmos as noções de risco, como orientar a família para o serviço mais adaptado; trocamos ideias sobre a experiência vivenciada com as situações complexas ou as dificuldades encontradas para encaminhar famílias que não exprimem nenhuma demanda... Assim, todo programa de prevenção deveria incluir nas suas prioridades, além de abordagens de tratamento da psicopatologia parental e infantil precoce propriamente dita, a capacitação de pessoal especializado na detecção e orientação de famílias em dificuldade.

### **Referências bibliográficas**

BELSKY, J.; BENN, J. Beyond bonding: A family-centered approach to enhancing early parent-infant relations in the newborn period. In: BOND, L.; JOFFEE, J. (Org.). Facilitating infant and early childhood development: Sixth Vermont conference on the primary prevention of psychopathology. Hanover, NH: University Press of New England, 1982. p. 281-308.

BONNAFÉ, M. Les livres, c'est bon pour les bébés. Paris: Calmann-Lévy, 1994.

BRAZELTON, T. B. (1997). De la NBAS aux Touch points. In: DUGNAT, M. (Org.) Le monde relationnel du bébé. Ramonville Sainte Agne: Eres, 1997. p. 87-92.

BRIGGS-GOWAN, M. J. ; CARTER, A. S. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). Manual, version 2.0. New Haven, CT: Yale University, 2002. p. 87-92.

CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA., F. La pratique des psychothérapies mères-bébés: Etudes cliniques et techniques. Paris: PUF, 1993.

FERREIRO, E.; TEBEROSKY, A. Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño. Mexico, 1979.

FRAIBERG, S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: PUF, 1999.

HELPER, R. F. The perinatal period, a window of opportunity for enhancing parent-infant communication: an approach to prevention. Child Abuse and Neglect, 11, p. 565-579. 1987.

JOSSE, D. Echelle de développement psychomoteur Brunet-Lézine révisée. Editions ECPA, 1997.

KLAUS, M.; KENNEL, J. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.  
STERN, D.N. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books, 1985.

\_\_\_\_\_. La constellation maternelle. Paris: Calman Levy, 1997.

VERMERSCH, M. L'architecture, ciment de la relation parents-enfants. L'enfant d'abord, 191, p. 50-51. 1995.

WENDLAND, J. A abordagem clínica das interações pais-bebê: Perspectivas teóricas e metodológicas. Psicologia: Reflexão e Crítica, 14, 1, p. 45-56. 2001.

\_\_\_\_\_. Cuidando do bebê e sua família no período perinatal: Abordagens de prevenção e de intervenção precoce na Unité Petite Enfance Vivaldi. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA GIRADE, M. H.; FRANÇA, P. S. (Org.). Novos Olhares sobre Gestação e a Criança até os 3 Anos: Saúde perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê. Brasília: Ed. Funda o de Apoio

ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico na Área de Saúde, 2002. p. 512-535.

\_\_\_\_\_. Littérature enfantine, relation parents-enfant et psychothérapie. La place des livres dans les psychothérapies parents-bébé. *Synapse*, 203, p. 37-41. 2004.

\_\_\_\_\_. Les premiers liens: Perspectives thérapeutiques et préventives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, p. 71-77. 2005.

\_\_\_\_\_. The impact of early mother-infant interaction on the development of infant attachment. In : MASSE, L. et al. (Org.). *Anglais pour psychologues: textes, audio, vidéo*. Paris: Dunod, 2011. p. 112-116.

\_\_\_\_\_; PICCININI, C. Effets d'une intervention précoce visant à favoriser la qualité de l'interaction mère-bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, 61, p. 187-217. 1998.

WENDLAND-CARRO, J.; PICCININI, C. A. Interação precoce mãe-bebê: perspectivas de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8, p. 111-144. 1995.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; MILLAR, S. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction in low income families. *Child Development*, 70, 3, p. 713-721. 1999.

WINNICOTT, D. W. La théorie de la relation parent-nourrisson. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969. p. 358-378.

\_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

## ***Vinculação na primeira infância: a trama das interações familiares***

*Susana Tereno*

---

A premissa central da teoria da vinculação é a de que a necessidade de contato humano, tranquilização e conforto em face de doenças, de danos físicos e de ameaças é uma resposta normal ao longo do ciclo de vida. Esta necessidade é particularmente proeminente nas fases iniciais de desenvolvimento, quando a sobrevivência física e emocional dependem da relação de vinculação. Esta revisão inclui uma discussão da natureza deste tipo de relação, das suas origens na história da evolução humana, assim como o esclarecimento de concepções erradas comuns sobre a temática. As fases de desenvolvimento das relações de vinculação são de igual modo descritas. Nesse sentido, este artigo apresenta uma visão geral da teoria e da investigação que poderá ser útil para a observação enquanto quadro de leitura compreensivo da qualidade dos cuidados e da organização da relação do bebê com as suas figuras parentais.

### ***Fundamentos conceituais da teoria da vinculação***

A vinculação refere-se à ligação emocional especial que o bebê desenvolve com o seu prestador de cuidados durante o primeiro ano de vida (Bowlby, 1969/1982; 1988). Não é concebida como um traço individual de um recém-nascido manifesto em uma quantidade variável. Também se distingue do laço que o prestador de cuidados tem com a criança e dos processos de ligação que se pensam criticamente associados às primeiras horas ou dias de vida (i.e., *bonding*). A vinculação refere-se ao relacionamento que emerge ao longo do tempo a partir de uma história de interações de prestação de cuidados (Sroufe & Waters, 1977). Esta relação não pode estar presente nas primeiras semanas de vida, dadas as limitações do bebê na compreensão do self e dos outros. Consequentemente, é à medida que os adultos se envolvem na interação e cuidados com o bebê durante o primeiro ano de vida que a criança organiza o seu comportamento em torno desse prestador de cuidados.

A tese básica enunciada por John Bowlby em 1958, quando da sua primeira formulação da teoria da vinculação, é a de que a vinculação do bebê à figura de vinculação tem por base um equipamento comportamental constituído por um determinado número de “respostas instin-

tivas” que o orientam para a figura de vinculação. Bowlby identificou cinco destas respostas como tendo um contributo específico ao desenvolvimento da vinculação na criança – chupar, agarrar, seguir (comportamentos de aproximação), chorar e sorrir (comportamentos de sinalização) – as quais se tornam integradas e dirigidas à figura de vinculação ao longo do primeiro ano de vida, dando origem ao que designou por *comportamentos de vinculação*.

Em 1969, Bowlby apresenta uma versão reformulada da sua tese original, reconhecendo que formas mais sofisticadas de articulação entre os comportamentos de vinculação poderão organizar-se em um *sistema comportamental de vinculação* (Soares, 1996). O comportamento de vinculação, neste sentido, é concebido como qualquer forma de comportamento, simples ou organizada, que resulta na procura ou manutenção de proximidade de algum indivíduo diferenciado e preferido. Enquanto esta *figura de vinculação* permanecer acessível e responsiva, o comportamento pode limitar-se a uma verificação visual ou auditiva dirigida a essa figura e a uma troca ocasional de olhares e cumprimentos. Não obstante, em certas circunstâncias pode dar-se o seguir ou agarrar a figura de vinculação, de modo a eliciar a sua prestação de cuidados (i.e., *care seeking role*). O comportamento simétrico ao comportamento de vinculação detentor de função complementar – a de proteger o indivíduo vinculado – é o de prestação de cuidados (i.e., *care giving role*). Este é vulgarmente exibido por um progenitor, ou outro adulto, para com a criança ou o adolescente, mas também é evidenciado por um adulto para com outro, especialmente em tempos de doença, estresse ou idade avançada (Bowlby, 1980; Ainsworth, 1985). Na infância, a proximidade física e disponibilidade emocional do prestador de cuidados são fatores críticos. Da segunda infância para a vida adulta, o conhecimento de que o prestador de cuidados está potencialmente disponível pode ser igualmente eficaz.

Estamos, portanto, perante uma relação complementar assimétrica, na qual a necessidade de obter informação sobre acontecimentos relevantes é monitorizada e avaliada continuamente através de um sistema complexo de comunicação verbal e não verbal, em sequências circulares de interação (Terenó, 2004).

O desenvolvimento da vinculação criança-prestador de cuidados é uma adaptação essencial da espécie humana, uma vez que os humanos, à semelhança dos outros primatas, nascem vulneráveis, assim permanecendo durante anos (Hrdy, 2000). À luz de uma perspectiva filogenética, tem sido defendido que o sistema de vinculação evoluiu para garantir que crianças pequenas e prestadores de cuidados permaneçam em proximidade física, de modo a assegurar a proteção dos mais novos. O prestador de cuidados funciona, em princípio, como refúgio seguro, fonte de conforto e proteção em um contexto de ativação fisiológica extrema ou

ameaça ambiental e como base segura para exploração (Bowlby, 1969/1982; Ainsworth, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Assim, nesta perspectiva, todas as crianças tenderão a estabelecer vínculos com aqueles adultos que lhes prestam cuidados e que estão próximos, independentemente do tipo de tratamento que recebem (Bowlby, 1969/1982; Sroufe, 1986). Os estudos etológicos e humanos sugerem que a vinculação se desenvolve mesmo em contextos de maus-tratos e punições severas (Ainsworth, 1967; Belsky, Nezworski, 1988; Carlson, Cicchetti, Burnett et al., 1989; Crittenden, 1981; Egeland & Sroufe, 1981; Harlow & Harlow, 1965). Nestas circunstâncias é a qualidade dessa relação de vinculação que fica comprometida e não a sua presença ou intensidade (Sroufe & Waters, 1977; Ainsworth, 1972).

As crianças desenvolvem relações de vinculação com uma figura primária que se insere no seu ambiente de prestação de cuidados (Bowlby, 1969/1982; Ainsworth, 1972; Rutter, 1981), podendo estabelecer uma hierarquia dessas figuras em situações de múltiplos prestadores de cuidados. Os bebês podem evidenciar comportamentos de vinculação (e.g., chorar, sinalizar e aproximar-se) e obter segurança a partir de figuras de vinculação secundárias quando as primárias não estão disponíveis (Harlow, 1963); não obstante, em resposta a estresse extremo, tendem a evidenciar preferência mais clara e uma maior necessidade de proximidade com uma figura de vinculação primária. Uma vez estabelecido este tipo de relação com o principal prestador de cuidados, a preferência tende a manter-se estável e uma mudança de comportamento de vinculação para uma pessoa nova ou estranha torna-se mais difícil. Dentre uma rede de figuras cuidadoras (e.g., mãe, pai e avó), a qualidade da vinculação é específica à relação em causa e é construída através das interações com cada um desses prestadores de cuidados (Easterbrooks, 1989).

A ênfase na (in)disponibilidade da figura de vinculação acompanha uma visão de (in)segurança da vinculação, sendo que a experiência de segurança está associada a uma avaliação da figura de vinculação como disponível, e a ansiedade ou insegurança à percepção de ameaça a esta disponibilidade.

### ***O desenvolvimento das relações de vinculação***

O contexto que circunscreve a vivência de uma criança é um componente absolutamente determinante para o desenvolvimento dos sistemas comportamentais que medeiam a formação da vinculação. Todavia, sendo a vasta maioria das crianças criada em um sistema familiar de características mínimas comuns, é natural que este processo se desenvolva de forma comparativamente estável. Ao teorizar sobre esses denominadores comuns, Bowlby indica – “*When*

*he is born, an infant is far from being a tabula rasa*” (1969/1982, p.265). Contrariamente, o bebê nasce equipado com um número de sistemas prontos a serem elicitados por estímulos ambientais, estando cada um, no entanto, predisposto a ser ativado, terminado, fortalecido ou enfraquecido por um conjunto específico de estímulos adequado a cada situação. Como referimos anteriormente, alguns dentre estes sistemas comportamentais constituem os *pilares de sustentação* do desenvolvimento da vinculação, dentre os quais destacamos o chorar, o agarrar, a sucção e a orientação do recém-nascido.

Bowlby postulou o desenvolvimento do sistema comportamental da vinculação como decorrendo em quatro fases, sendo que as primeiras três se desenrolam durante o primeiro ano de vida e a quarta começa em torno do terceiro aniversário da criança, que passamos a descrever:

**Fase I – Orientação e sinais com uma discriminação limitada das figuras (8 a 12 semanas):** O bebê, não sendo capaz de diferenciar pessoas (senão ao nível olfativo e auditivo), tende a orientar-se preferencialmente para os seres humanos. Esta tendência, que promove e aumenta a proximidade e a manutenção de contato com eles, faz-se notar através de comportamentos instintivos que se lhes dirigem. A intensidade destas manifestações comportamentais atinge o seu máximo de sociabilidade às doze semanas, sendo a altura em que, já conseguindo discriminar consistentemente a figura de vinculação por meio de pistas visuais, o bebê passa à fase seguinte (Ainsworth et al., 1978).

**Fase II – Orientação e sinais dirigidos para uma (ou mais) figura(s) discriminada(s) (12 a 24 semanas):** Assistimos ao emergir de uma responsividade diferenciada no bebê centrada na(s) figura(s) com quem começa a estabelecer uma relação particular. Não tem um início muito claro na medida em que a diferenciação dos comportamentos é progressiva e em função de certas figuras, podendo terminar mais tarde do que os seis meses, de acordo com as circunstâncias.

**Fase III – Manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais (6/7 a 36 meses):** Este período é caracterizado por avanços significativos ao nível do desenvolvimento motor, cognitivo e socioemocional para a organização dos sistemas comportamentais. As novas competências adquiridas, principalmente a locomoção, permitem orientar o bebê para uma exploração mais intensiva do meio. Uma maior ativação do sistema de exploração, pelo aumento de risco que comporta para a segurança do bebê, torna imperativa a estruturação do sistema de vinculação, que o protege e é consolidada através da sua vinculação efetiva ao prestador de cuidados.

**Fase IV – Formação de uma relação recíproca corrigida por objetivos (após 36 meses):** Gradualmente, assistimos ao abandono de uma posição de egocentrismo da parte da criança, que converge para o momento em que começa a ser capaz de considerar o ponto de vista da figura de vinculação e, conseqüentemente, de inferir que sentimentos e motivos, metas orientadoras e planos seus podem influenciar o comportamento daquela – neste sentido, fala-se de um *sistema corrigido por objetivos*. Recorrendo a um mapa cognitivo ainda básico, a figura de vinculação começa a ser concebida pela criança como uma pessoa independente, persistente no tempo e no espaço, movendo-se num continuum espaço-temporal de modo mais ou menos previsível. A qualidade das suas experiências interacionais (nomeadamente ao nível da linguagem), bem como as competências adquiridas no sentido de uma descentralização de perspectiva estão relacionadas com o (in)sucesso em manter a proximidade e a comunicação com as figuras de vinculação (Soares, 1996).

Outra característica relevante nesta fase diz respeito à capacidade progressiva da criança em aceitar a separação mais prolongada das figuras de vinculação. O seu sentimento de segurança permanece intimamente ligado à acessibilidade aos pais, embora com uma maior capacidade em tolerar a sua distância (Parkes & Stevenson-Hinde, 1982). Esta mudança não implica a atenuação da vinculação mas antes uma alteração nas condições que ativam o sistema de vinculação (Marvin, 1977). À medida que o modelo representacional da sua figura de vinculação é elaborado, no decurso da experiência e se consolida, a criança torna-se capaz de suspender o seu relacionamento com essa figura em períodos progressivamente mais longos de ausência e sem sofrimento significativo, sendo que, deste modo, as separações são aceitas e as suas razões compreendidas (Ainsworth et al., 1978).

Podemos então conceber que o desenvolvimento da vinculação humana se processa através de uma matriz organizada em torno do sistema de cuidados da figura parental, exprimindo-se sob a forma de padrões de regulação diádica nos quais o grau de participação da criança é progressivamente maior (Sroufe, 1990). No entanto, o seu papel não retira qualquer peso ao contributo significativo da figura de vinculação no estabelecimento dessa mutualidade diádica (Soares, 1996). O modelo de um regulador simples aproxima-se da realidade unicamente quando a figura de vinculação está estacionária ou inativa. As formas como essa figura se comporta influenciam os modos como o repertório comportamental de vinculação do bebê é desencadeado para atingir as suas metas orientadoras atuais (Ainsworth et al., 1978).

Neste contexto, podemos afirmar que, de acordo com a teoria da vinculação, mesmo nas

semanas iniciais, os bebês começam, mantêm e terminam interações sociais (Emde, 1989), embora o façam reflexivamente e sem intenção voluntária. Por exemplo, voltam-se para o som de vozes, prestam mais atenção a rostos humanos e às suas expressões faciais e são acalmados pelo toque humano (Emde, 1989; Ainsworth, Bell, Stayton, 1974). As capacidades da criança por si, no entanto, são insuficientes para assegurarem uma autorregulação, sendo a responsividade do prestador de cuidados requerida (Emde, 1989; Breger, 1974; Koop, 1982). As experiências relacionais com a figura de vinculação primária, durante os meses iniciais de crescimento intenso, torna também possível a maturação de processos cognitivos e a sintonização neuronal de segmentos experiência-expectativa (Cicchetti, Ganiban, & Barnett, 1991; Collins, DePue, 1992; Greenough & Black, 1992; Kraemer, 1992; Schore, 1994; Siegel, 2001).

Do nascimento até aos 3 meses, os padrões regulatórios relacionados com as necessidades fisiológicas estabelecem-se e (des)organizam-se no contexto da matriz relacional primária. Por experiência e erro, o prestador de cuidados aprende a interpretar e responder apropriadamente aos estados flutuantes e aos sinais reflexivos da criança (e.g., ao choro). Estes padrões iniciais de regulação fisiológica na relação de cuidados servem de protótipo para uma regulação psicológica subsequente (Sroufe, 1995).

Durante o segundo trimestre do bebê, o prestador de cuidados aumenta a variedade, complexidade comportamental e trocas afetivas com a criança (e.g., coordenando as suas expressões faciais, vocalizações e apresentação de objetos às respostas e sinais do bebê) baseado na experiência que adquiriu com as respostas anteriores. Estes padrões de interação permitem à criança manter-se organizada em face do aumento dos seus níveis de ativação fisiológica (Brazelton, Koslowski, & Main, 1974; Sander, 1975; Stern, 1974). A criança pode iniciar uma atividade e pode participar nestas interações orquestradas pelo prestador de cuidados, mas não pode desempenhar ou manter essa organização de forma independente. Uma vez desenvolvidos, a repetição destes comportamentos e destas trocas afetivas estabelecem uma fundação para as interações iniciadas pelos bebês, característica da próxima fase de organização da vinculação (Sander, 1975; Sroufe, 1989).

O desenvolvimento psicomotor da criança facilita o terceiro nível de organização diádica: com a emergência da locomoção, o bebê torna-se mais efetivo na manutenção de proximidade com o prestador de cuidados (Bowlby, 1969/1982). Com o aumento da sua capacidade de comportamento intencional, a criança assume um papel mais ativo na iniciação, manutenção e extensão dos seus padrões comportamentais - e.g., tenta seguir o prestador de cuidados se este se ausenta e sorri-lhe ou cumprimenta-o se ele retorna (Bowlby, 1969/1982; Sroufe, 1989).

A partir de uma história de interação orquestrada pelo prestador de cuidados, emerge um relacionamento de vinculação específico, caracterizado por uma reciprocidade genuína (Sroufe, 1989).

Nos últimos meses do primeiro ano, a organização comportamental do bebê reflete o seu papel ativo no sistema diádico. O prestador de cuidados assume o papel de refúgio seguro ou base segura (Ainsworth, 1973) em torno da qual a criança centra as suas atividades exploratórias. As diferenças individuais nos padrões regulatórios diádicos tornam-se mais evidentes. Estas variações refletem diferenças na história de prestação de cuidados e nas expectativas da criança concernentes à disponibilidade do prestador de cuidados.

Em circunstâncias normais de cuidados responsivos e sensíveis, a criança, quando assustada ou em sofrimento recorre à figura de vinculação, sendo que esta, ao reconhecer a sua expressão de necessidade, oferece-lhe conforto até que ela se tranquilize de novo. Através de interações deste tipo (e da partilha de emoções positivas), a criança desenvolve confiança na disponibilidade do prestador de cuidados e na eficiência das suas próprias iniciativas. É este mecanismo que caracteriza uma relação de vinculação “segura”. Relações de menos confiança (vinculação ansiosa ou insegura) estão associadas a cuidados marcados pela indisponibilidade, inconsistência física ou emocional da figura de vinculação ou pela rejeição repetida dos sinais e comportamentos da criança, particularmente em situações de estresse.

### ***Conclusão***

Uma das tarefas primárias da infância é a formação de relações de vinculação com figuras prestadoras de cuidados significativas. A teoria e os estudos empíricos da vinculação indicam que variações na qualidade dos cuidados resultam em diferentes padrões comportamentais na criança, em regulação emocional e em expectativas que possuem efeitos no funcionamento individual a longo prazo. Esta premissa central da teoria da vinculação remete-nos para a necessidade humana de contato físico e garantia emocional na infância. Dada a universalidade desta necessidade e as suas implicações para a sobrevivência, não é surpreendente que as crianças se vinculem àqueles que cuidam deles. Todavia, uma vez que as diferenças individuais observadas na vinculação são descritas em termos de variações de padronização do comportamento, descritores quantitativos comumente utilizados (e.g., vinculado, não vinculado, muito ou pouco vinculado) possuem pouco significado, não sendo úteis para explicar os relacionamentos precoces.

As relações de vinculação desenvolvem-se por fases: dos relacionamentos indiscriminantes (prestadores de cuidados intersubstituíveis), à organização de vinculação em torno de um cuidador preferido (prestador de cuidados que responde com mais frequência às necessidades do bebê), à organização comportamental em torno de uma hierarquia de prestadores de cuidados. A teoria e investigação da vinculação indicam não existir um período crítico único após o nascimento ou em idade precoce que cimente a relação progenitor-criança. O contato pele-a-pele ou psicológico da mãe com a criança após o nascimento não é um pré-requisito para a vinculação, apesar de marcar o início de processos parentais importantes. As vinculações dos bebês a prestadores de cuidados primários, assim como os laços dos últimos aos primeiros, são construídos ao longo do tempo através de múltiplas interações. A disponibilidade física e emocional consistente é crítica para o desenvolvimento de vinculações seguras nos bebês que promovem o funcionamento subsequente adaptativo.

Os relacionamentos de vinculação são específicos para com cada pessoa. Os bebês constroem padrões de relação de vinculação diferentes com prestadores de cuidados distintos e a qualidade de cada relação depende da qualidade da interação e do cuidado. A investigação dirigida ao estudo dos efeitos de um ambiente constituído por múltiplos cuidadores sublinha a importância do tempo individualizado para cada díade progenitor-criança, assim como do suporte social e emocional prestado à relação. Este apoio socioemocional tem impacto nas relações de vinculação em diversos níveis: a) facilitando a expressão de sensibilidade de progenitores, sem eles sobrecarregados; b) providenciando relacionamentos alternativos a crianças em risco; c) moderando os efeitos do temperamento de crianças difíceis; e d) assistindo relacionamentos caracterizados por necessidades atípicas (e.g., crianças incapacitadas ou com atrasos desenvolvimentais).

Contrariamente a muitas crenças populares, o responder ao choro não faz estragar com mimos bebês com menos de 12 meses de idade, nem os torna mais dependentes dos adultos. As investigações indicam que os bebês que experimentam um cuidado responsivo nos primeiros 3 meses de idade choram menos ao fim do primeiro ano (Ainsworth & Bell, 1974). Respostas consistentemente sensitivas aos sinais da criança (incluindo o choro) providenciam-lhes feedback sobre o seu comportamento de sinalização, inculcando no bebê um conjunto de expectativas relativas às suas competências e valor próprio. Semelhantemente, um cuidado consistente e uma responsividade empática suportam o desenvolvimento da empatia na criança. As crianças aprendem sobre os padrões de relação (cuidar/ser cuidado) e sobre a regulação de emoções através das experiências que vivem (Sroufe, 1983).

### ***Referências bibliográficas***

AINSWORTH, M. *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1967.

\_\_\_\_\_. Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 40, p.969-1025, 1969.

\_\_\_\_\_. Attachment and dependency: a comparison. In: GEWIRTZ, J.L. (Org.). *Attachment and dependency*. Washington, DC: V.H. Winston, 1972. p.97-137.

\_\_\_\_\_. The development of infant-mother attachment. In: CALDWELL, B.; RICCIUTI, H.N. (Org.). *Review of child development research*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1973. p.1-94.

\_\_\_\_\_. Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, p.792-812, 1985.

\_\_\_\_\_; BELL, S.; STAYTON, D. Infant-mother attachment and social development: "socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: RICHARDS, P.M. (Org.). *The integration of a child into a social world*. Cambridge: Cambridge University Press, 1974. p. 99-135.

BELSKY, J.; NEZWORSKI, T. *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

BERGER, L. *From instinct to identity: the development of personality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1974.

BOWLBY, J. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-analysis*, 39, p.350-373, 1958.

\_\_\_\_\_. *Attachment and loss: attachment*. 1ª ed. London: Basic Books, 1969.

\_\_\_\_\_. *Attachment and loss: attachment*. 2ª ed. London: Basic Books, 1982.

\_\_\_\_\_. *Attachment and loss: loss, sadness and depression*. London: Basic Books, 1980.

BRAZELTON, T.; KOSLOWSKI, B.; MAIN, M. The origins of reciprocity: the early mother-input interaction. In: LEWIS; ROSENBLUM (Org.). *The effect of Infant on its caregiver*. New York: Wiley, 1974. p.49-76.

CARLSON, V. et al. Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, p.525-531, 1989.

CICCHETTI, D.; GANIBAN, J.; BARNETT, D. Contributions from the study of high risk po-

pulations to understanding the development of emotion regulation. In: DODGE; GARBER (Org.). *The development of emotion regulation*, 1991. p.15-48.

COLLINS, P.; DEPUE, R. A neurobehavioral systems approach to developmental psychopathology: implications for disorders of affect. In: CICHETTI, T. (Org.). *Rochester Symposium on developmental psychopathology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1992. vol. 4, p. 29-101.

CRITTENDEN, P. Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: differentiating by patterns of interaction. *Merril-Palmer Q*, 27, p.201-208, 1981.

EASTERBROOKS, M. Quality of attachment to mother and to father: effects of perinatal risk status. *Child Development*, 60, p.825-830, 1989.

EGELAND, B.; SROUFE, A. Developmental sequelae of maltreatment in infancy. In: CICHETTI; RIZLEY (Org.). *New approaches to child maltreatment*. San Francisco, CA: Jossey Bass, 1981. p.44-52.

EMDE, R. The infant's relationship experience: developmental and affective aspects. In: SAME-ROFF; EMDE (Org.). *Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach*. New York, NY: Basic Books, 1989. p.70-94.

GREENOUGH, W.; BLACK, J. Induction of brain structure by experience: substrates for cognitive development. In: GUNNAR; NELSON (Org.). *Developmental Behavioral Neuroscience: the Minnesota Symposium on child psychology*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates, 1992. v.24, p.155-200.

HRDY, S. *Mother Nature: a history of mothers, infants, and natural selection*. New York: Ballantine Books, 2000.

HARLOW, H. The maternal affectional system. In: FOSS (Org.). *Determinants of infant behavior*. New York: Wiley, 1963. p.3-29.

\_\_\_\_\_; Harlow, M. The affectional systems. In: SCHRIER; HARLOW; STOLLNITZ (Org.). *Behavior of nonhuman primates*. New York, NY: Academic Press, 1965. p.1-28.

KOOP, C. Antecedents of self-regulation: a developmental view. *Developmental psychology*, 18, p.199-214, 1982.

KRAEMER, G. A psychobiological theory of attachment. *Behav brain sci*, 15, p.493-541, 1992.

MARVIN, R. An ethological cognitive model for the attenuation of mother-child attachment behavior. In: ALLOWAY, T.; KRAMER, L.; PLINER, P. (Org.). *Advances in the study of communication and effect: the development of social attachments*. New York: Plenum Press, 1977. v.3.

PARKES, C.; STEVENSON-HINDE, J. *The place of attachment in human behavior*. London:

Tavistock Publications, 1982.

RUTTER, M. Maternal deprivation reassessed. 2ª ed. London: Penguin, 1981.

SANDER, L. Infant and caretaking environment. In: ANTONY (Org.). Explorations in child psychiatry. New York: Plenum, 1975. p.129-166.

SHORE, A. Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1994.

SIEGEL, D. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight”, and neural integration. *Infant mental health journal*, 22, p.1-2; 67-94, 2001.

SOARES, I. Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: estudo intergeracional: mãe-filho(a). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia; Instituto de Educação e Psicologia; Universidade do Minho, 1996. (2ª edição em 2000).

SROUFE, A. Bowlby's contribution to psychoanalytic theory and developmental psychology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 27, p.841-849, 1986.

\_\_\_\_\_. Relationships, self, and individual adaptation. In: SAMEROFF; EMDE (Org.). Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach. New York: Basic Books, 1989. p.70-94.

\_\_\_\_\_. An organizational perspective on the self. In: CICHETTI, D.; BEEGLY, M. (Org.). The self in transition: infancy to childhood. Chicago: University of Chicago Press, 1990. p.281-307.

\_\_\_\_\_. Emotional development: the organization of emotional life in the early years. New York: Cambridge University Press, 1995.

\_\_\_\_\_; WATERS, E. Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, p.1184-1199, 1977.

SROUFE, L.; WARD, M. The importance of early care. In: QUARM; BORMAN; GIDEONESE (Org.). Women in the workplace: the effects on families. Norwood: Ablex, 1984. p.35-60.

STERN, D. (1974). The goal of structure of mother and infant play. *Journal American Academy Child Psychiatry*, 13, p.402-421, 1974.

TERENO, S. et al. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, vol. 19, n. 2, 151-188, 2007.

## ***A comunicação mãe–bebê O crescimento do cérebro em desenvolvimento e a gênese dos processos mentais no início da vida***

*Iole da Cunha*

---

No final do século passado e nos primeiros anos do atual, importantes conhecimentos sobre o bebê não nascido, o recém-nascido e o período de zero a três anos têm sido alentadores pelas perspectivas de melhorar a qualidade de vida, interferindo de forma positiva no desenvolvimento humano.

A preocupação com o desenvolvimento do homem nos seus primórdios desvendou verdadeiros tesouros de conhecimentos graças a vários fatores, principalmente à sofisticada tecnologia de investigação dos processos orgânicos. E foi certamente com a abordagem consiliente do conhecimento que a neurociência se habilitou a apresentar um novo bebê, não mais **tabula rasa**, mas sujeito com sofisticados processos mentais assentados em estruturas neurais específicas: o **córtex límbico orbitofrontal direito (antes dos três anos)** e o **córtex executivo esquerdo (após os três anos)**. A neurociência comprova como as experiências e emoções vivenciadas pelo bebê em interação, neste período inicial da vida, esculpem os mágicos caminhos do cérebro em desenvolvimento e como deles emerge a mente. O modo como o bebê percebe sua circunstância e registra nas redes neurais as memórias correspondentes é influenciado por suas **habilidades inatas e necessidades específicas**. Os cuidadores devem capacitar-se para promover com os bebês uma **experiência de comunicação epigeneticamente adequada**, a fim de suprir suas necessidades específicas e criar condições positivas para o crescimento do cérebro em desenvolvimento, buscando a saúde biopsicossocial do futuro indivíduo. É **necessário entender o desenvolvimento, da perspectiva do bebê**, de “dentro para fora”, e a **gestação enquanto crise existencial**, com características específicas positivas ou negativas para a qualidade do vínculo. Entender o **cuidador como sujeito a ser cuidado**, levando em consideração o conceito de bebê interno.

### ***O bebê e seu potencial inato para a comunicação***

A neonatologia é uma jovem disciplina prestes a completar seu cinquentenário. Foi gra-

ças à convivência dos profissionais de saúde pré e perinatal com recém-nascidos doentes nas unidades de terapia intensiva neonatais, dos “cuidadores” de instituições albergues de bebês abandonados e à **técnica de observação de bebês** que se começou a aprender **quem é o bebê** e a acessar seu **saber**. Foram bem descritos os reflexos arcaicos e capacidades motoras; percepção visual, auditiva, olfativa, gustativa e tátil; interocepção e exterocepção; proprioceptividade, irritabilidade, consolo e autoconsolo; domínio vegetativo, os estados de consciência, os ritmos comportamentais, além da memória e percepção multimodal. Mas só nos últimos quinze anos as pontes construídas com a neurociência, a psicanálise com bebês, a psicanálise da gestação, a neuropsicanálise, a neuroantropologia, a linguística e o estruturalismo possibilitaram traçar um perfil mais preciso do indivíduo no início da vida e buscar um modo de comunicação que lhe garanta segurança (excitação) enquanto limite seus desejos (inibição), permitindo o crescimento adequado do cérebro em desenvolvimento e de sua mente.

Uma constelação estelar é um sistema que se mantém graças ao equilíbrio entre os astros que a constituem. Na constelação familiar da maternidade o equilíbrio é mantido pelas modificações da mãe e do bebê em relacionamento. A interação harmoniosa depende, por um lado, dos **estados comportamentais e competências perceptivo-sensoriais e afetivas do bebê** (programação genética e habilidades inatas), e, por outro, das **capacidades de organização e confiança da mãe** (programação epigenética - habilidades adquiridas). Sócrates cita três modos de acessar o conhecimento: pela razão, pela dedução e pela intuição. Usando a nave da intuição e a abordagem consiliente do conhecimento é possível viajar entre alguns componentes da constelação da maternidade, ainda não bem consolidados pela ciência da razão, no intuito de promover o **vínculo cuidador-mãe-bebê**.

Do ponto de vista evolutivo, as habilidades inatas nada mais são do que estratégias de sobrevivência do homem que remontam ao seu passado filogenético. Em um período em que a mortalidade infantil era extremamente alta, a ponto de colocar em risco a evolução do homem, estratégias tiveram de ser criadas para que ele sobrevivesse como espécie. Françoise Dolto refere-se à **memória filo e ontogenética da experiência de nascer (viver) e de morrer**. Segundo ela, todos os bebês (desde o limite da pré-maturidade) carregam este registro **mnênico** neural. A memória inconsciente da noção de vida prevalecerá sobre a memória inconsciente da noção de morte, dependendo da qualidade dos cuidados e de como serão percebidos pelo bebê. **O que garante a satisfação do bebê não é a mera presença da mãe, mas a percepção de que ela o deseja. Deste modo deve passar a desejar o desejo da mãe e não a mãe em si. Poderá então gradativamente organizar seus ritmos e autorregular seus afetos, constituindo-se num self verdadeiro**, no dizer dos psicanalistas que atuam com bebês.

Para ser desejado e sobreviver, o bebê desenvolveu uma elaborada habilidade de comunicação. Uma forma de **ajudar a mãe a superar a crise da gestação, que perturba sua capacidade de desejar, é seduzi-la**. Os **facilitadores** devem aprender a fortificar este comportamento vital e estimular a **mamaização**, ajudando-lhe a deixar-se seduzir pelo bebê.

### *Desejo e Sedução*

Talvez em nenhum período do desenvolvimento a sedução seja tão importante como no pós-natal. E para quem tem a oportunidade de atender ao nascimento de bebês e observá-los, pode surpreender-se com a insistência com que buscam a face e os olhos da mãe. E quando conseguem estabelecer uma sintonia direta, seu olhar transcende, como se olhassem através da “janela da alma”. Entretanto, esta sedução nem sempre atinge seus objetivos; ele nem sempre consegue de imediato que a mãe o olhe com desejo – o que não permite que o bebê se sinta em segurança. Pois a mãe, imersa na crise da gestação, é muitas vezes apenas capaz de olhar “seu próprio bebê interno” (bebê fantasmático) e precisa ser ajudada a olhar para o bebê real. É então necessário que os facilitadores aprendam estratégias de **mamaização**.

**O olhar, a comunicação intersubjetiva e a empatia** – Desde o limite da pré-maturidade, o **bebê não nascido** possui órgãos dos sentidos aptos a perceber o ambiente intrauterino e um cérebro capaz de fazer o registro desta vivência. Quando o olhar da mãe e do bebê se encontra e se fixa, um milagre de comunicação ocorre. O bebê adquire a percepção de que será cuidado em segurança e a mãe, a empatia para entender “quem é o seu bebê” e do que necessita para se organizar como indivíduo. A empatia é definida como “a tendência para sentir o que se sentiria, caso se estivesse na situação e circunstância experimentadas pelo outro, para colocar-se no lugar do outro”. O primeiro congresso de neurociência do bebê, na França, foi denominado “Le regard du bébé”, atribuindo uma enorme importância a esta comunicação “olho no olho” que ocorre pela primeira vez com o bebê e que será um forte estímulo para este período crítico inicial de organização cerebral. Ao adquirir este conhecimento, os **facilitadores** tornam-se reféns da promoção deste encontro.

### *Imitação*

O bebê se constrói humano pela imitação. A presença e o aporte de outro humano o induz a construir-se sujeito ou não. O efeito de espelho da expressão facial parental se traduz no bebê em um alto grau de controle, que induz a uma excitação positiva, inibindo o estado afetivo negativo. Adquire um sentimento de eficácia vital. A continuidade destas interações em espelho

induz à regulação homeostática de seus impulsos afetivos. Ajuda o bebê a lidar com o estresse social bastante frequente na terceirização precoce em escolas infantis. A neurociência ensina que de zero a três anos o crescimento do cérebro em desenvolvimento ocorre por excitação e inibição. **A excitação é o estímulo do desejo e a inibição é exercida pela capacidade da mãe ou cuidadores de educar com limites.** As habilidades são epigeneticamente determinadas enquanto que, do ponto de vista ontogenético, **é a percepção de afetos positivos o elemento que excita, enquanto a de afetos negativos é internalizada e registrada na memória como sensação de morte ou de desamparo e insegurança, que poderá modificar no sistema límbico as redes neurais e gerar alterações no desenvolvimento.** A aquisição das habilidades cognitivas, da função executiva, da autoestima, da regulação afetiva e da literacia são grandemente influenciadas pela percepção da presença psíquica da mãe. A ciência confirma que o bebê em interação continuada com uma mãe psicologicamente ausente ficará exposto a patologias do desenvolvimento, desde a **microdepressão** e suas variantes às alterações somáticas menos graves, como as **falhas de sintonia fina, cólicas, distúrbios do sono e alimentares, inclusive incapacidade de sugar o seio materno, refluxo gastroesofágico, espasmo de glote, hiperatividade e vulnerabilidade**, apenas para citar algumas já bem estudadas.

### *A linguagem do bebê*

Em recente evento multidisciplinar sobre o bebê de zero a três anos, um importante psiquiatra infantil perguntou a uma não menos conhecida psicanalista que se dedica a narrar suas histórias a bebês abandonados (principalmente recém-nascidos de uma determinada instituição francesa) se ela realmente acreditava que eles entendiam as palavras que ela lhes dirigia. Ela respondeu que não entendiam as palavras articuladas, mas, sim, a **prosódia**, ou seja, o ritmo, a cadência e a entonação. Para reforçar esta assertiva, estudos de observação do comportamento no período pré-verbal, que analisam o ritmo de sucção, os batimentos cardíacos, a expressão facial, o tônus muscular, os níveis salivares de cortisol e principalmente o choro evidenciam uma resposta de consolabilidade quando a intervenção do cuidador é empática e mesmo sussurrada. O **manhez**, instintivo em algumas mães, pode ser citado como exemplo de comunicação pré-verbal. Estudos poligráficos do comportamento fetal evidenciam que a mãe pode se comunicar com o bebê não nascido, desde 21 a 24 semanas de gestação, ou seja, no limite da pré-maturidade.

### *Narrativa*

Narrar a própria história para o filho é como adubar a terra onde germinará a sua iden-

tidade. Trata-se de inseri-lo com a narrativa em sua linhagem evolutiva transgeracional. Ela permite ao bebê um segundo nascimento, o subjetivo.

### ***Categorização perceptual***

A classificação de **bebê de zero a três anos** é relativamente recente e adquiriu credibilidade científica graças à neurociência, através de estudos sobre o crescimento do cérebro em desenvolvimento como um sistema adaptativo complexo. O cérebro neste período se caracteriza pela sua **capacidade de percepção, ou seja, categorização perceptual**. É a habilidade que o bebê tem de perceber o “cuidador” como adequado ou não para sua sobrevivência. Lentamente, ao se aproximar do terceiro ano de vida, ele começa a desenvolver a capacidade de elaborar conceitos e resolver problemas, quando inicia a consciência e a percepção de que **o outro não pensa como ele**. O sítio do cérebro onde se registram as percepções que fazem sentido ao bebê indivíduo até os três anos é o córtex límbico orbitofrontal direito, “cérebro das emoções”, e após esta idade o controle principal é exercido pelo córtex esquerdo, especializado na função executiva, na conceitualização, na consciência e razão, e na linguagem articulada.

### ***Conclusão***

**O bebê não existe sozinho e o saber do bebê** precisa ser entendido por todos os que se propõem a cuidar de zero a três anos. Os pediatras (cuidadores em geral) temos o poder de amparar as mães para uma humanidade regida pela cultura da Paz.

## ***Bebê com manual de instruções Estratégias de comunicação mãe-bebê***

*Iole da Cunha*

---

O cérebro é um órgão de comunicação. O recém-nascido e o bebê são seres de comunicação. E a comunicação foi e continua sendo fundamental para a sobrevivência da espécie. A linguagem pela palavra é o mecanismo mais importante dos humanos para trocar informações e comunicar o que sentem. O recém-nascido e o bebê (antes dos três anos) não articulam as palavras e ainda não têm consciência para expressar através delas o que sentem, defender-se ou lidar com sentimentos de desamparo. Mas graças à maturidade específica do cérebro possuem uma mente e habilidades inatas, que lhes permitem uma forma de comunicação muito sutil, a da linguagem pré-verbal, que se expressa no *corpo que fala*.

Nos últimos quarenta anos, os neonatologistas e profissionais de saúde tiveram oportunidade de conhecer melhor o bebê. Antes considerado *tabula rasa*, incapaz de sentir dor e manifestar emoções, passa a ser identificado como *indivíduo com habilidades e necessidades inatas específicas*. A neurociência, estudando o crescimento do cérebro em desenvolvimento, identificou as estruturas neurais responsáveis pelos processos mentais desde antes do nascimento. O *não nascido* (desde cinco meses de gestação) e o recém-nascido (prematureo ou a termo) já são capazes de perceber o mundo através da *comunicação intersubjetiva* com seus cuidadores. Também sentem dor, desconforto, estresse, insegurança, sensação de abandono e expressam esta experiência emocional de várias formas. Estudos com base na neurobiologia do desenvolvimento diferenciam cuidados *epigeneticamente apropriados* para o cérebro formar conexões corretas de estímulos *epigeneticamente inadequados* com resultados inapropriados na configuração das redes neurais e possível origem de distúrbios do desenvolvimento futuro.

Estes conhecimentos servem de base para se propor algumas estratégias não farmacológicas para prevenir a dor e o desconforto dos bebês. **Um modelo de cuidados que funcionaria como um manual de instruções.** Aproveitando o conhecimento sobre os órgãos dos sentidos, maduros desde o ventre materno, e as habilidades e necessidades específicas dos bebês, sugere-se as seguintes estratégias para cuidá-los:

- Estabelecer uma comunicação “olho no olho” com o bebê. É a visão que inaugura o mundo. O olhar abre a “janela da alma” e estabelece uma comunicação cérebro a cérebro, intersubjetiva e empática, que por um lado reforça o desejo da mãe pelo bebê e, por outro, permite que ele perceba o mundo com afetos positivos, contribuindo na autorregulação de seus ritmos.
- Falar com o bebê de modo a nomear os sentimentos que estão sendo intercambiados na relação vincular: o bebê não entende a palavra articulada, mas é especialista em **comunicação prosódica** (o ritmo, a cadência e a entonação). A narrativa seduz o bebê e a mãe deixa-se seduzir por ele. Segundo os biólogos evolucionários, a capacidade de sedução representa uma vantagem evolutiva decisiva para a sobrevivência. O sussurro junto ao ouvido (simulando os ruídos percebidos na vida intrauterina que chegavam ao bebê não nascido, filtrados pelo líquido amniótico) induz ao sono. O ser humano, ao mesmo tempo universal e particular, traz dentro de si o registro mnemônico da sua transgeracionalidade. Ela precisa ser narrada para permitir ao bebê seu **segundo nascimento, o subjetivo**.
- Abraçar e acalantar, fazendo contato pele com pele, permite conter a natural desorganização motora. Embalar o bebê nos braços e acariciá-lo estimula o relaxamento muscular, assim como simular a postura no ventre materno (encolhendo braços e pernas).
- A amamentação ou a sucção não nutritiva ativam as endorfinas, hormônios com efeito analgésico. Trabalhos bem conduzidos mostraram que em procedimentos como venopuncturas ou administração de vacinas diminuem os efeitos da dor e o registro da sua memória, que se traduz em um consolo mais rápido e com respostas mais atenuadas. A emoção desencadeada pelo motivo da dor se traduz em alterações menos intensas das funções vitais.

---

### **Bibliografia**

BOWLBY J. Apego. São Paulo. Livraria Martins Fontes Editora, 1984

BOYER J.P. Attendre et voir. L'échographie obstétricale. Paris. Éditions Ramsay, 1987.

CARRIÓN JOSÉ L. Manual de Neuropsicología Humana. Espanha. Siglo veintiuno de españa editores, 1995

CUNHA, I. Treinamento Perinatal: conhecimentos básicos para a promoção de uma melhor qualidade de vida. Porto Alegre. Sagra-Livraria, Editora e Distribuidora, 1991

DAMÁSIO ANTÓNIO R. O erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano. Portugal. Publicações Europa América, Ltda., 1994

DAMASIO ANTONIO R. The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness. Florida. Harcourt, Inc. 1995

DOLTO F. Dificuldade de viver: Psicanálise e prevenção das neuroses. Porto Alegre. Artes Médicas, 1988

EDELMAN GERALD M. Bright Air, Brilliant Fire: on the matter of the mind. New York. Basic Books, 1992

EDELMAN GERALD M. The remembered present: a biological theory of consciousness. New York. Basic Books. 1989

KANDEL ERIC R.; SCHWARTZ JAMES H.; JESSEL THOMAS M. Fundamentos da Neurociência e do Comportamento. Rio de Janeiro. Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda. 1995

LARROCHE JEANNE C.; FEES-HIGGINS A. Le développement du cerveau foetal humain Paris. Inserm. 1987

LEAKEY RICHARD E. As origens do homem. Lisboa. Empresa Gráfica Feirense. 1989

MATURANA HUMBERTO R.; VARELA FRANCISCO G. El arbol del conocimiento. Chile. Editorial Universitária, 1993

MARX E SILVA M. Uma Abordagem Consiliente do Conceito de Pulsão de Morte. Comunicação pessoal ao Instituto de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, 1998

INILSSON L. HAMBERGER L. Nacer La gran aventura. Espanha. Salvat Editores, S. A. 1990

IPERT CANDACE B. Molecules of Emotion: the science behind mind-body medicine. New York. Touchstone Editions. 1999

POPPER KARL R.; ECCLES JOHN C. O eu e seu cérebro. Brasília DF. Editora Universidade de Brasília. 1977

SEARLE JOHN R. A Redescoberta da Mente. São Paulo. Livraria Martins Fontes Editora, 1997

SCHORE ALLAN N. Affect Regulation and the Origin of the Self. Estados Unidos da América. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. 1994

SHORE R. Rethinking the Brain: New insights into early development. New York. Families and Work Institute, 1997

SOULÉ M. ET ALS. *La Vie de l'Enfant: Introduction a la psychiatrie foetale*. Paris. ESF éditeur, 1992

STERN DANIEL N. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997

STERN D.N. *O mundo interpessoal do bebê: uma visão psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992

SUOMI STEPHEN J. *Early determinants of behaviour: evidence from primate studies*. *British Medical Bulletin*, 53 (n. 1), 1997

TREVARTHEN C.; AITKEN KENNETH J. *Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health*. *Development and Psychopathology*, 6, 597-633, 1994

UPLEDGER, JOHN E. *A brain is born: exploring the birth and development of the central nervous system*. Estados Unidos da América, Califórnia, UI Enterprises. 1996

VASTA R.; HAITH M.; MILLER A. *Child Psychology: The Modern Science*. Segunda Edição. John Wiley & Sons. Inc.. Outubro 1996

VERNY, T., M.D.; WEINTRAUB P. *Nurturing the unborn child*. New York. Delta Book, 1991

WILSON EDWARD O. *Consilience: the unity of knowledge*. New York. Vintage Books. A division of Randon House, Inc., 1998

WINNICOTT D.W. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1964

## ***Identificação e regressão na construção do psiquismo materno***

*Teresa C. Freire & Daniela S. Chatelard*

---

*Quando uma mãe está grávida, ela “revive” angústias primitivas que a colocam em contato com o bebê que ela foi.*

*Winnicott (1967)*

### ***Construção do psiquismo materno***

Como um bebê necessita de um tempo para se constituir física e psiquicamente, a mulher precisa ser gestada psiquicamente para tornar-se mãe, pois o psiquismo da mulher passa por transformações diante da vivência da gestação. Esperar um bebê é aguardar ativamente a maternidade, que se concretizará no nascimento do filho e da mãe. O nascimento de uma mãe é um momento muito importante na vida da mulher, que começa a esperar pelo bebê antes mesmo de sua concepção.

Quando o bebê é concebido no ventre materno, ele já está desenvolvido no psiquismo de sua mãe, há muito tempo, como o bebê do inconsciente materno, o *bebê fantasmático*. O bebê do sonho da mãe seria o *bebê imaginário*, que surge do encontro com o pai deste filho; é o bebê do desejo de ter filhos, da expectativa durante a gestação. O *bebê real* é o bebê que os pais têm nos braços, que levam para casa (Lebovici, 1987). O bebê da fantasmática parental, tecido pelo desejo e pelo imaginário dos pais, determinará a existência do bebê real. Um bebê se constitui enquanto tal por meio do desejo, da imaginação de seus pais, das marcas que o outro imprime em seu corpo e em seu psiquismo (Szejer, 2002).

A história familiar gera expectativas na mãe e pode repercutir tanto positiva quanto negativamente na maternidade. Os aspectos positivos envolvem a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para existir como ser humano. As repercussões seriam negativas quando não há espaço para o bebê assumir sua própria identidade, isto é,

quando a mãe não consegue aceitar a singularidade de seu filho e abandonar sua carga de projeções (Szejer & Stewart, 1997), não podendo investir, de forma livre, no bebê desde a gestação.

Há ainda as grávidas que atribuem ao bebê somente expectativas de insucesso e de morte, o que geralmente se revela por meio de verbalizações, sensações e intensas preocupações. Muitas das gestantes do grupo no HUB, que vivenciaram natimorto no passado, traziam para as novas gestações expectativas de morte, como o caso da mãe que diz saber que o filho que espera morrerá, como seus outros filhos natimortos.

A invasão do outro no espaço psíquico de uma pessoa gera ambivalências, visto que na gestação a invasão também é literal. Ambivalência é um conceito que designa ações e sentimentos que resultam de um conflito defensivo inconsciente, no qual entram em jogo motivações incompatíveis, o que é agradável para um sistema é desagradável para outro. A ambivalência ocorre na presença simultânea de sentimentos antagônicos na relação com o mesmo objeto, como o amor e o ódio, assim como faz parte do desejo inconsciente (Szejer & Stewart, 1997) de ter filhos, de engravidar ou não, de permanecer grávida ou abortar.

Cabe destacar a relevância da ambivalência no processo gestacional, do ponto de vista da saúde psíquica da mulher. A ambivalência pode ser entendida como inerente ao processo de construção da maternidade e sua tolerância como uma oportunidade de crescimento e aceitação do filho. Um ambiente de *holding*, de acolhimento da ambivalência, favoreceria a transformação deste bebê, intruso, em familiar.

### ***O processo de identificação na construção do psiquismo materno***

Ao longo da construção do psiquismo materno coexistem dois processos identificatórios: identificação da mulher (grávida ou puerpera) com o seu bebê e com sua própria mãe. Em geral, as mães se identificam com o bebê que está crescendo dentro delas (Winnicott, 1960/1983). A identificação com o bebê possibilita à mãe ir ao encontro das necessidades do recém-nascido, de forma única, saudável, que não pode ser imitada ou aprendida. Winnicott (1971/1975) considera que a própria mãe é a pessoa mais habilitada para cuidar do bebê de forma *suficientemente boa*. Pois, apenas ela pode atingir a preocupação materna primária sem adoecer (Winnicott, 1956/1993). A capacidade que a mãe tem de despojar-se dos interesses pessoais e concentrar-se na gravidez e no bebê é o que a capacita a saber exatamente como se sente o filho (Winnicott, 1967).

Winnicott (1956/1993) assegura que essa identificação consciente e inconsciente que a mãe faz com o filho é algo corriqueiro, afinal a mãe tem “lembranças” do tempo em que ela foi bebê e cuidada. Esse processo só é possível porque a mulher é capaz de regressir e resgatar, inconscientemente, aspectos do bebê que ela fora. Assim, pode-se destacar que uma característica peculiar da teoria winnicottiana é focar na saúde e não na doença, com o uso de uma linguagem despatologizante.

Da identificação surge um sentimento de unidade entre mãe e filho. A identificação, neste contexto, é um processo psicológico através do qual a mãe assimila aspectos do bebê e se transforma de acordo com o que ela percebe desse bebê. Afinal, “a mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com o bebê, na qual ela se sente identificada com ele”. (Winnicott, 1966/1994, p. 9).

Mas nem sempre a identificação da mãe com o seu bebê acontece de forma harmoniosa. Segundo Winnicott (1967), há duas classes opostas de transtornos maternos que podem afetar esta situação. De um lado, as mães que são incapazes de desenvolver a preocupação materna primária; de outro, as que não conseguem sair de forma natural deste estado de preocupação. As duas formas caracterizam as mães insuficientemente boas ou doentes.

Em um extremo há a mãe cujos interesses diversos se sobrepõem à dedicação ao bebê, impedindo-a de entregar-se ao estado de preocupação materna primária, de identificar-se com o filho. Seriam exemplos as mães que não conseguem amamentar os seus filhos, que voltam a trabalhar semanas após o nascimento do bebê ou se deprimem. Há casos mais radicais, mães que não cometem o assassinato, mas têm medo de fazê-lo e por isso não conseguem manipular o bebê ou aproximar-se dele. Há o desejo de matar, mas este não se concretiza, pois a mãe se ausenta da relação por temer a si mesma. Elas delegam os cuidados de seus bebês a outros cuidadores, sendo substituídas por algum tempo ou mesmo doando os filhos.

A classe oposta de transtorno materno citada por Winnicott (1967) é aquela em que a mãe não consegue recuperar-se naturalmente da preocupação materna primária. Para esse psicanalista essas mães, que estariam no outro polo, são aquelas que tendem a estar permanentemente preocupadas com o filho o que se converte em sua preocupação patológica:

*Esta madre tal vez cuente con una especial capacidad para prestarle su propio self al niño, pero qué sucede en definitiva? Es parte del proceso normal que la madre recupere su interés por si misma, y que lo haga a medida que el niño vaya siendo capaz de tolerarlo. La*

*madre patológicamente preocupada, no sólo sigue estando identificada con su hijo durante un tiempo demasiado prolongado, sino que además, pasa muy bruscamente de la preocupación por su bebé a la preocupación previa<sup>1</sup> (Winnicott, 1967, p. 30).*

As mães preocupadas em demasia não são capazes de uma recuperação normal, a qual ele compara a um desmame gradual. Essas mães não realizam uma adaptação progressiva à crescente autonomia do filho e podem tornar-se excessivamente cuidadoras e protetoras. É possível compreender, como Soifer (1980) e Bydlowski (2007), que as mães superprotetoras podem estar encobrendo a rejeição com formação defensiva, a saber, a formação reativa, mecanismo que se utiliza de um comportamento oposto ao desejo inconsciente.

As origens dos dois transtornos descritos por Winnicott (dificuldades de investir no bebê e de desinvestir naturalmente) são infinitas, pois cada mulher é uma. Mas algo pode ser afirmado, há grande possibilidade de que tais dificuldades tenham relação com a identificação da parturiente com sua própria mãe.

O segundo processo identificatório que ocorre durante a gestação é a identificação da gestante com sua própria mãe. No caso da primípara, ela está se preparando para tornar-se mãe como sua mãe. No passado, para tornar-se mulher, a gestante constituiu sua feminilidade com sua mãe, ou com uma figura materna. Para compreender uma mulher, afirma Freud (1931/1996), é necessário analisar a sua relação com a sua mãe. A menina também precisou afastar-se da mãe para que pudesse encontrar sua própria identidade feminina, sua individualidade (Freud, 1933[1932]/1996). Quando grávida a mulher tem como modelo, para seguir ou negar, a mãe que teve ou mesmo a que faltou.

A primeira ligação da menina com sua mãe é importante para que a primeira possa identificar-se com a segunda. De modo geral se a mãe foi boa, a menina consegue se identificar com ela e será boa mãe para seus filhos (Langer, 1981). Assim, o modo como a mulher vivencia sua gestação e no futuro se relacionará com seu filho tem uma estreita relação com o relacionamento dela com sua própria mãe. Como afirma Freud (1931/1996), a relação da mãe com o seu filho está alicerçada na relação com sua mãe. Segundo ele, a relação da menina com sua mãe, na fase pré-edípica, tem importância muito maior nas meninas que nos meninos, e destaca

---

<sup>1</sup>*Esta mãe talvez conte com uma capacidade especial de emprestar seu próprio self ao filho, mas o que acontecerá no final? Faz parte do processo normal que a mãe recupere seu interesse por si mesma, e que o faça à medida que o filho possa tolerá-lo. A mãe patologicamente preocupada, não apenas permanece identificada com seu filho durante um tempo prolongado, mas, além disso, passa bruscamente da preocupação por seu bebê para a preocupação prévia.*

que na menina, esta relação é fortemente ambivalente. Desse modo, a gestante que recebeu boa maternagem, a sadia e natural, terá mais facilidade para desenvolver o estado de preocupação materna primária. Cabe destacar que cada caso é um e nem sempre há uma relação causal e linear. Mulheres que não receberam boa maternagem podem ser resilientes o bastante para tornarem-se excelentes mães. A capacidade que a gestante tem de identificar-se com sua mãe e com seu bebê é possível graças a outro processo psíquico – a habilidade natural de regressão.

### *O processo de regressão na construção do psiquismo materno*

Winnicott preocupa-se não apenas com a regressão a pontos bons ou maus nas experiências instintivas, mas também a pontos bons ou maus na adaptação do ambiente às necessidades do *ego* e do *id* na história do indivíduo. Para ele a palavra regressão significa o reverso do progresso e “este mesmo progresso constitui-se na evolução do indivíduo, da psique-soma, da personalidade e da mente com (eventualmente) a formação do caráter e a socialização” (Winnicott, 1954/2000, p. 377).

Para que a regressão aconteça é preciso que o paciente possua uma organização interna que lhe possibilite fazer uso do fato de estar regredida. A regressão faz parte do processo de cura (Winnicott, 1954/2000), especialmente no *setting* terapêutico. Nesse contexto de saúde é possível reconhecer na gestação um processo regressivo essencial para a construção do psiquismo materno.

O final da gestação e os primeiros dias após o parto são fortemente marcados por regressões no psiquismo da mulher. Considerando que a capacidade psíquica de regredir é saudável e inerente à construção do psiquismo materno, a regressão certamente ajudará a futura mãe a compreender o funcionamento iniciante do psiquismo de seu filho, por meio das lembranças inconscientes do bebê que ela fora.

Na gestação e no puerpério acontece a regressão da mulher em relação a sua criança e a sua mãe. Assim, o estado de *preocupação materna primária* acontece em função da capacidade de regressão e de identificação da gestante com sua mãe e seu bebê.

---

### *Referências bibliográficas*

Bydlowski, M. (2007). *La Deuda de Vida: itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid:

Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1996). Sexualidade feminina. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (J. Salomão, trad., vol. 21, pp. 233- 251). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931).

Freud, S. (1996). Conferência XXXIII: Feminilidade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (J. Salomão, trad., vol. 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932]).

Langer, M. (1981). Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lebovici, S. (1987). O bebê a mãe e o psicanalista. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Soifer, R. (1980). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes médicas.

Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In Corrêa Filho, L; Corrêa, M & França, P. (Orgs.). Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê. (pp. 188-204). Brasília: L.G.E. Editora.

Szejer, M., & Stewart, R. (1997). Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 374-392. (Trabalho original publicado em 1954).

Winnicott, D. (1994). A mãe dedicada comum. In Os bebês e suas mães. São Paulo, Martins Fontes, pp. 1-12. (Trabalho original publicado em 1966).

Winnicott, D. (1993). Preocupação materna primária. In Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 399-405. (Trabalho original publicado em 1956).

Winnicott, D. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In O ambiente e os processos de maturação. São Paulo: Artmed, pp. 38-54. (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D. (1975). Objeto transicional e fenômeno transicional. In O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, pp. 13-44. (Trabalho original publicado em 1971)

Winnicott, D. (1967). La relación inicial de una madre con su bebé. In La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires, Ediciones Hormé, pp. 29-35.

## ***Depressões maternas e outras dificuldades psicopatológicas no período perinatal - seu impacto na saúde do bebê***

*Monique Bydlowski*

---

Já se comprovou existir uma correlação entre depressões (e, de forma mais ampla, dificuldades psíquicas das jovens mães) e distúrbios no desenvolvimento precoce de seus recém-nascidos e crianças muito jovens.

A epidemiologia moderna revela uma predominância feminina dos estados depressivos na população em geral. Trata-se de mulheres entre 25 e 45 anos (PAYKEL, 1991) e essa faixa etária é, também, a da gravidez e da maternidade, assim como da vulnerabilidade psíquica que as acompanha. Tal vulnerabilidade explica-se assim: a jovem revive, nesse período, as emoções de sua primeiríssima infância e seu psiquismo fica transitoriamente transparente.

Os trabalhos epidemiológicos anglo-saxões (PITT, 1968/ COOPER et al., 1988/ COX, 1989/ KUMAR; ROBSON, 1984) estudaram as depressões perinatal e pós-parto (PND: post natal depression). Outros estudos focam sua dimensão psicodinâmica e as perspectivas terapêuticas.

### ***As depressões pós-parto***

Sob esta rubrica de depressão materna, descreveremos estados psíquicos muito diversos, tanto em suas manifestações clínicas quanto em seu prognóstico. Tais estados têm mobilizado o interesse da comunidade científica devido a seu impacto negativo na criança.

### ***A depressão atípica pós-parto***

O autoquestionário EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale) elaborado por J. Cox et al. (1987) permite detectá-la, de forma fácil e confiável, já na 8ª semana do pós-parto.

Esta patologia afeta pelo menos 10% das puérperas e é, muitas vezes, massivamente ignorada. O mal-estar silencioso das mulheres pode passar despercebido. As próprias mulheres não

se atrevem a reconhecê-lo em seu foro íntimo e alegam cansaço ou cuidados requeridos pelo bebê para deixar de consultar um especialista. O médico consultado será, muitas vezes, um clínico geral ou, após um longo tempo, um pediatra, devido aos distúrbios da criança pequena. Esse clínico entenderá retrospectivamente o profundo mal-estar por que passaram e continuam passando essas jovens mães.

A depressão pós-parto é tórpida, dura por meses sem melhoria espontânea e, se não for tratada, transforma em provaçã dolorosa o primeiro ano de convivência com a criança, podendo inclusive chegar a tolher seu desenvolvimento inicial.

Os dados experimentais, notadamente os trabalhos de E. Tronick, mostram que a empatia materna é necessária para que a mãe seja sensível ao estado emocional do bebê. E. Tronick (1984) modelizou essas disfunções interativas, instalando o dispositivo still face, que descreveremos detalhadamente.

Para os experimentadores, esse ensimesmamento da criança nessa prova experimental é um exemplo do que ocorre quando a mãe está deprimida e não tem condições de ficar em empatia e sincronia com seu bebê, não havendo no entourage do bebê (o pai, por exemplo) quem possa desempenhar essa função em seu lugar.

Em outras situações clínicas, o fato dominante é menos o mal-estar silencioso da mãe do que sua ansiedade. Nesses casos, as interações com a criança, ao contrário, podem chegar a ser excessivamente estimulantes, discordantes das necessidades espontâneas do bebê e não menos patogênicas.

### *A DPP, um problema de saúde pública*

Os estudos epidemiológicos de L. Murray et al. (1996) mostraram que 25% das crianças expostas à depressão pós-parto materna apresentam um risco de distúrbios do desenvolvimento cognitivo e afetivo. Assim, por exemplo, para uma maternidade de 2000 nascimentos/ano, 200 mulheres (10%) são afetadas e, em consequência, 50 recém-nascidos (25%) apresentam um risco de distúrbios de desenvolvimento.

Condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis constituem fatores de risco suplementares: precariedade social, solidão, ausência de companheiro e de família capazes de conter a puérpera e de suprir uma incapacidade temporária em caso de parto problemático. Também

são elementos negativos a volta muito precoce ao trabalho e o desmame, quando acarretam uma separação brutal da criança. Outros fatores de risco são as condições particulares em que se deu o nascimento, como a prematuridade e a internação hospitalar do recém-nascido, ou o antecedente de um óbito fetal, que orienta o interesse da jovem mãe para uma temática de luto não cumprido.

### *O caso particular da adolescência*

A maternidade na adolescência é uma situação particularmente arriscada para a criança. Muitas vezes, esse período reúne precariedade social e imaturidade psíquica, com um vínculo muito estreito entre a jovem grávida e sua mãe. A reviviscência dos conflitos passados (de fato, ainda muito recentes, devido à precocidade da maternidade) tolhe intensamente o desenvolvimento da empatia materna, necessária para que se constitua um vínculo sadio com o recém-nascido. Tal situação deve suscitar medidas ativas de prevenção.

### *O tratamento da depressão atípica*

Este tratamento tem que ser relacional, pois ele é desfavorecido pela reticência em consultar e, em muitos casos, a atonia do bebê será o que indicará a existência de um distúrbio. A requalificação da jovem como mãe pode facilmente ser realizada por cuidadores não sobrequalificados, porém atentos e disponíveis, sendo amiúde mais fácil realizá-la mediante visitas em domicílio (APPLEBY, 2001/ CONQUY et al., 1998).

### *As psicoses agudas pós-parto*

Elas só afetam uma puérpera entre duas ou três mil, mas sua ocorrência após um parto é sempre espetacular. Trata-se sobretudo de jovens primíparas, sem antecedentes, mas parece haver um risco elevado de recidiva na gravidez subsequente. A clínica é tão pouco específica que essa patologia sequer aparece como tal nas classificações de saúde mental modernas, do tipo DSM-4. O quadro clínico instala-se de forma repentina já nas primeiríssimas semanas do pós-parto. Trata-se ora de um estado melancólico agudo, com prostração e risco de suicídio (suicídio esse que pode envolver a criança), ora de um estado maníaco mais ou menos entremeado de elementos depressivos repentinos, com o mesmo risco. Ou então o quadro é de surto de delírio agudo, em que há distúrbios de humor e distúrbios de consciência. Há, muitas vezes, negação do nascimento e da criança. Com a confusão e a excitação crescente, é fácil identificar a psicose. Não há qualquer correlação entre o prognóstico e o caráter barulhento dos distúr-

bios, o que incita a empreender um tratamento ativo, cuja duração espontânea é relativamente breve. A preocupação do entourage e o receio – fundado – de infanticídio levam amiúde a adotar medidas de isolamento da jovem mãe e de separação entre ela e a criança. Essa separação agrava a negação de nascimento e prejudica a constituição do vínculo mãe-filho. Todas as estratégias terapêuticas modernas visam evitar esse afastamento, recorrendo à internação hospitalar conjunta da mãe e do bebê em unidade especializada ou, quando há condições de colaboração terapêutica com a família, ao atendimento ambulatorial (com hospitalização diurna ou noturna).

Cumpra lembrar que as primeiras unidades psiquiátricas mãe-filho, criadas por C. Kumar na Inglaterra em 1984, pretendiam exatamente minorar simultaneamente o risco de infanticídio e os efeitos pejorativos da separação. Geralmente, com a manutenção do vínculo mãe-filho e o uso de neurolépticos apropriados, obtém-se em algumas semanas uma cura clínica sem sequelas.

### *Os estados psiquiátricos crônicos preexistentes à maternidade*

A gravidez e a maternidade constituem circunstâncias favoráveis à descompensação de situações psicopatológicas que ficaram latentes desde o fim da adolescência. Essas, muitas vezes, são contidas ao longo do tempo pela banalização dos tratamentos ambulatoriais com neurolépticos, mas podem descompensar por ocasião da gravidez.

Destarte, pode-se observar todo o leque das psicopatologias adultas e estados próximos à psicose maníaco-depressiva: depressões profundas, tentativas de suicídio, subexcitação crônica. O infanticídio neonatal pode ter relação com esse tipo de situação, ignorada e brutalmente agravada pela gravidez e o nascimento.

A primeira maternidade, outras vezes, pode revelar uma esquizofrenia até então latente. Nesses casos, também, a regra de conduta deve ser a de tentar uma abordagem conjunta do bebê e da mãe, seja em uma unidade mãe-filho, seja em consultas mãe-filho ambulatoriais, usando de todas as possibilidades oferecidas pelos sistemas medicossociais: parteiras e cuidadoras em domicílio, proteção materno-infantil, relações com o setor infantojuvenil.

As patologias borderline, identificadas mais recentemente (KERNBERG, 1989/ APTER-DANON, 2004), são caracterizadas pela impulsividade descontrolada da jovem, a passagem ao ato antes que a fantasmática, o recurso às adições. Essas jovens terão muita dificuldade para

entrar em sincronia e empatia com seu bebê (CRANDELL et al., 2003).

### ***Perspectivas terapêuticas***

O tratamento desses estados depressivos é dificultado pelo contexto em si: a incredulidade comum do entourage e a exigência de cuidados ao recém-nascido deixam a jovem indisponível e pouco disposta a queixar-se. No entanto, os efeitos negativos que não deixarão de fazer-se sentir nos meses seguintes conferem verdadeira urgência ao tratamento. Várias estratégias terapêuticas foram propostas (BYDLOWSKI, 2000/ GUÉDENEY; JEAMMET, 2001). Essas estratégias têm um ponto comum: propor à jovem a intervenção de um interlocutor estável. A terapia deve ser desenvolvida por três a quatro meses e ser instalada o mais cedo possível após o diagnóstico, isto é, por volta da 4ª ou 6ª semana após o nascimento.

Uma terapia satisfatória associará uma medicação leve a consultas com um psicoterapeuta. Outra solução, mais simples, consiste em organizar visitas de profissionais formados e supervisionados, psicólogos ou cuidadoras ao domicílio dos jovens pais que tenham dificuldades para deslocar-se.

Muitas equipes obstétricas já aderiram ao projeto de prevenção pré-natal. Trabalhos recentes, como os de F. Palácio e N. Danzer, têm mostrado que 4 entrevistas psicoterapêuticas, realizadas no decorrer da gravidez com mulheres com risco de depressão pós-parto, bastam para prevenir a patologia. Tal prevenção seria a terapia ideal. Na maioria das vezes, jovens mães com riscos de negligência ou maus tratos no pós-parto são identificadas e encaminhadas a profissionais de saúde mental logo após o parto. Esses profissionais devem então, em um contexto de situação muitas vezes delicado, organizar um plano terapêutico que ofereça à jovem mãe um quadro com limites e um espaço estável e confiável de elaboração psíquica para a ambivalência de que é presa frente a seu filho.

### ***O blues pós-parto: uma situação sui generis***

O blues pós-parto que foi, por longos anos, exclusivamente da alçada dos parteiros e não tem incidência patológica, hoje suscita interesse entre os pesquisadores da perinatalidade.

Trata-se de estado clínico completamente distinto das situações acima referidas, tão frequente que já foi considerado normal. De fato, afeta mais da metade das puérperas.

O blues ocorre entre o 2º e o 10º dia do pós-parto, com picos de intensidade no 3º e no 5º dias (KENNERLEY; GATH, 1989/ SUTTER et al., 1995), e sara espontaneamente em cerca de 10 dias. O quadro clínico é dominado por choros em contradição com os sentimentos, a labilidade do humor, a elação e certa confusão. Os choros acontecem em crises esporádicas, no mesmo dia (YALOM et al., 1968/ HAMILTON, 1962). A elação é frequente, com intenso sentimento de felicidade e forte excitação.

O blues tem causas complexas: nele se conjugam o fim do estresse da gravidez e do parto e novas condições hormonais. Já foi comparado, também, com o movimento depressivo que surge no dia seguinte a uma prova intensa, esportiva ou intelectual. Nesse período pós-natal, “o cristal” do ego materno, conforme a metáfora de Serge Lebovici, ficaria parcialmente desorganizado e poderia estabelecer-se a conexão com as necessidades do filho que nasce. O blues seria reflexo dessa desorganização e exarcebação dessa preparação da mãe à capacidade de captar os indícios emitidos por seu filho. Fato esse que explicaria seu caráter universal.

Pode ocorrer, de forma incomum, que um blues severo e duradouro, de mais de 8 dias, seja precursor ou continuação de verdadeira depressão pós-parto (FOSSEY et al., 1997). Nesse caso, urge considerá-lo um evento patológico e procurar ajuda.

### ***Concluindo***

O período perinatal é uma zona muito sensível para o psiquismo materno, em que se observam situações clínicas de diversa gravidade. É de grande importância desenvolver terapêuticas apropriadas – se possível, preventivas - para a depressão pós-parto, pois a qualidade inicial do vínculo entre a mãe e o bebê encerra o germe das principais capacidades de desenvolvimento e saúde mental da criança que nasce.

## ***Importância dos cuidados de saúde mental para jovens mães em período perinatal em particular nos casos de maternidade adolescente***

*Monique Bydlowski*

---

A pesquisa epidemiológica das últimas décadas mostrou claramente que os problemas de desenvolvimento mental do bebê resultavam de interações disfuncionais entre a jovem mãe e a criança. Esses problemas podem se instalar precocemente e a prevenção é essencial para a saúde mental ulterior da criança. O estudo da psicopatologia do período perinatal ganhou assim um novo interesse.

### ***Do ponto de vista histórico***

“Loucura” puerperal e infanticídios neonatais são conhecidos desde sempre. A maternidade pode ser a ocasião de patologias mentais e de problemas de comportamento de gravidade diversa. No século XIX, Esquirol descreve “a insanidade da parturiente” ou das amas de leite. Seu aluno F. Marcé, em 1858, lista um grande número de casos psiquiátricos maternos que ocorrem após os nascimentos. Por muito tempo confundidos com as “febres de leite” (complicações infecciosas do parto, agora desaparecidas), os acidentes psiquiátricos peri e pós-natais são progressivamente reconhecidos mas, naquela época, nenhum tratamento específico e nenhuma compreensão psicopatológica haviam sido desenvolvidos.

Mais recentemente, a epidemiologia moderna mostra na população geral a predominância feminina dos estados depressivos. Tratam-se de mulheres de 25-45 anos (E.S. Paykel, 1991) e essa faixa etária é também aquela das gestações e maternidades, que confirma a vulnerabilidade mental que as acompanha.

Paralelamente, os trabalhos epidemiológicos anglo-saxões (B. Pitt, 1968; P.J. Cooper et al. 1988; J. Cox, 1989; R. Kumar & K.M. Robson, 1984) identificam e estudam as depressões peri e pós-natais (PND= post natal depression, ou DPN em português). Outros estudos focam na dimensão psicodinâmica e nas perspectivas terapêuticas, pois o período perinatal é aquele de grandes mudanças para o psiquismo feminino.

O termo “depressão” surgiu para caracterizar esses estados. O termo por si só merece uma discussão: ele evoca o entristecimento do humor, o desinteresse pelos objetos habituais (aqui, em particular pelo bebê), a baixa do nível de funcionamento psíquico (lentidão), que podemos até medir. Esse termo, sem definição específica, pode ser compreendido sobretudo entre profissionais.

Sob este termo de depressão materna, nós vamos assim descrever estados mentais bem diferentes, tanto em suas manifestações clínicas quanto em seu prognóstico, e que mobilizaram o interesse da comunidade científica devido a seu impacto negativo sobre a criança.

### *A depressão atípica pós-natal*

Minuciosamente descrita por psiquiatras anglo-saxões (B. Pitt, 1968; J. Cox, 1989 ; R. Kumar & K.M. Robson, 1984 ; M.W. O’Hara, 2001), a depressão atípica pode às vezes revelar-se como uma verdadeira patologia mental. Ela não deve deixar o ambiente da parturiente, nem os profissionais, sem reação. O auto-questionário EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale), desenvolvido por J. Cox et al. (1987), permite a sua detecção de maneira simples e eficaz desde a oitava semana do pós-parto.

### *Descrição clínica*

Essa patologia atinge pelo menos dez por cento das parturientes e essa taxa pode atingir 18% se o contexto é desfavorável (precariedade, solidão, falta de companheiro). A DPN é muito frequente e curiosamente ignorada. O sofrimento silencioso das mães pode passar despercebido e a sensação de não serem boas mães pode ser completamente “muda”. É sem dúvida inconcebível estar deprimida quando a imagem idealizada da jovem mãe é aquela de uma mulher realizada? As próprias mulheres não ousam admitir isso e dão como pretexto para não consultar um especialista a fadiga e os cuidados com o bebê. No caso de primeira maternidade, as jovens mães têm ainda mais dificuldade em decifrar o problema psicológico que as afeta pois seus corpos sofrem também mudanças hormonais. Se elas não têm a chance de ter um ambiente caloroso e de apoio, o sofrimento tende a durar. Será com frequência um clínico geral, ou o pediatra consultado bem mais tarde devido aos problemas da criança, que compreenderá retrospectivamente o sofrimento profundo pelo qual essas jovens mães passaram e continuam a passar.

No entanto, as manifestações aparecem desde as primeiras semanas do pós-parto. Passado

o tumulto dos dias que seguem o nascimento, a jovem mãe continua cansada, não se adapta à carga ao mesmo tempo emocional e prática que representa a presença do recém-nascido e se retira em um desinteresse e uma lentidão que devem alertar a família. Segundo J. Cox, o quadro completo é típico desde a sexta ou oitava semana.

Essa depressão pós-natal funciona como um “entorpecente”, dura meses sem melhorar espontaneamente e, sem cuidado, transforma-se em sofrimento doloroso durante todo o primeiro ano vivido junto com a criança.

O ponto essencial é, de fato, a consequência do estado materno sobre as interações precoces que ela estabelece com seu bebê. A empatia da jovem mãe é uma condição necessária para sentir o estado emocional do bebê, e para se ajustar a ele. A empatia é um pré-requisito para a constituição da intersubjetividade que fundará a saúde mental da criança.

E. Tronick (2004) desenvolveu um modelo dessas disfunções interativas estabelecendo o dispositivo do *still face*. Esse teste se realiza de maneira experimental em laboratório com uma díade mãe-bebê de aproximadamente 5 meses considerada saudável. Em um primeiro momento, a instrução dada à jovem mãe é a de brincar de modo natural com seu bebê; em um segundo momento é pedido a ela para cortar qualquer comunicação e permanecer impassível. Os dois momentos são filmados. Ao longo do primeiro período, o jogo interativo entre mãe e bebê comporta mímicas, cantos, sorrisos compartilhados. No segundo período, observa-se que o bebê procura primeiro “reanimar” sua mãe, ele inicia a relação e como, seguindo as instruções, ela não reage, a criança se cansa, chora um pouco, depois desiste e se retira da comunicação. (E. Tronick et M.K. Weinberg (1997).

Para os experimentadores, o retraimento da criança ilustra aquilo que se passa quando uma mãe está deprimida, incapaz de ter empatia e de estar em sincronia com seu bebê, e para este último, a situação torna-se rapidamente alarmante se ninguém por perto dele é suscetível de preencher essa função materna essencial em seu lugar.

Em outras situações clínicas, é a ansiedade que predomina, mais do que o sofrimento materno silencioso. Nesses casos, as interações com a criança podem ser, ao contrário, demasiado estimulantes, mas discordantes com as necessidades espontâneas do bebê e podem ser tão patogênicas quanto na primeira situação.

Nesses diferentes casos o “cuidado” materno natural ao bebê é desleixado, marcado pela

negligência, e limita sua capacidade de desenvolvimento mental.

### ***Um problema de saúde pública***

Os estudos epidemiológicos iniciados por L. Murray et. al. em 1996 e repetidos por várias equipes mostraram que 25% das crianças expostas à depressão pós-natal estavam correndo riscos de saúde. Esses distúrbios se exprimem, pelo menos, por desordens funcionais (gritos, choros excessivos, dificuldades do sono e/ou de alimentação, infecções, etc.), ulteriormente ocorrendo dificuldades de desenvolvimento cognitivo e afetivo. Nos estudos longitudinais de vários anos, os autores mostram que esses distúrbios serão no mínimo responsáveis pela inadaptação escolar, devido a um distúrbio do apego e, nos casos mais graves, devido a problemas do espectro autístico. Pode-se assim estimar que para uma maternidade de 2.000 nascimentos anuais, ao menos 60 recém-nascidos terão riscos de distúrbios ulteriores.

### ***Os fatores de riscos suplementares***

Os trabalhos atuais convergem em direção da existência de fatores que vão acentuar o risco de ocorrência desses estados depressivos pós-natais. A idealização habitual do nascimento e da maternidade pode deixar as pessoas “cegas” frente a situações não conformes com esse modelo ideal. Outros fatores de risco são as condições socioeconômicas e de ambiente desfavoráveis: precariedade social, solidão, falta de companheiro e de família capazes de dar suporte e ajudar a parturiente e de compensar um desleixo temporário, sobretudo se o parto foi difícil. São igualmente negativos o retorno ao trabalho muito precoce e o desmame quando leva a uma separação brutal com a criança. Outros fatores de risco são as condições particulares do nascimento, como a prematuridade, a hospitalização do recém-nascido, ou algum antecedente de uma morte fetal que pode desviar o interesse da jovem mãe em direção a uma temática de luto não resolvido.

### ***O caso particular das maternidades adolescentes***

Na França, as maternidades adolescentes (antes dos 16 anos) não representam mais que 1 a 3% dos nascimentos, contra 13% nos Estados Unidos. Essa frequência está diminuindo regularmente (M.Uzan 1998), pois metade das gestações adolescentes terminam com uma interrupção precoce da gravidez autorizada pela lei. Algumas gestações são fruto de violências e do abuso intrafamiliar, outras são declaradas tardiamente, são até mesmo negadas, e devido a isso o acompanhamento médico é inadequado. Muito frequentemente a adolescente que se torna

mãe não tem um companheiro que assuma a paternidade. A condição de mãe dá a autoridade parental à jovem moça mesmo se ela é menor de idade; por outro lado, isso não a emancipa de seus próprios pais.

No nível psíquico, a maternidade precoce ocorre em plena crise maturativa da adolescência. A interferência entre o processo interno da adolescência e as mudanças psíquicas próprias à gestação induzem um risco elevado perinatal (prematividade, retardo no crescimento fetal) e pós-natal, onde o perigo é ao mesmo tempo o da depressão e o de um distúrbio da relação com o recém-nascido.

A crise maturativa habitual da adolescência comporta o luto da infância que acaba e coloca em questão as identificações, em particular a identificação da filha com sua própria mãe. É em si mesmo um período de desestabilização, de vulnerabilidade e de questionamento sobre a identidade sexuada. Paradoxalmente, a adolescente manifesta ao mesmo tempo uma afeição relacional favorável ao contato com os profissionais e um medo da dependência do adulto. Há também uma fascinação pelas condutas de risco e a gravidez involuntária é uma delas.

Existem raras “maternidades culturais” em certas sociedades, como algumas cujos costumes (africanas, ciganas) incluem a maternidade precoce, que é valorizada e esperada pelo clã. Normalmente, a maternidade adolescente corresponde a desejos irracionais, como o desejo de “preenchimento” de antecedentes de carência afetiva e educativas, e também como uma resposta a uma questão existencial “sou eu realmente uma mulher?”. A maternidade precoce tem assim a dupla função de reativar a imagem materna do começo da vida e de concretizar o conflito latente entre a mãe atual, ao empurrá-la em direção à velhice; está aí uma grande fonte de mal-entendidos entre a jovem moça e sua mãe. A maternidade precoce é arriscada e pode se associar a outras passagens ao ato perigosas (consumo de tóxicos, escarificações, abandono escolar).

Os riscos ulteriores são muitos para a jovem mãe, cujos hábitos de vida são com frequência incompatíveis com a gestação; ela vai por vezes negar ou esconder a gravidez, levando à falta de acompanhamento médico. Ela também corre o risco de abandono escolar e de regressão social. Para a criança, por conseguinte, os riscos são grandes, pois os estudos (Choquet 1994, Osofsky 1993, Pawlak 2000) assinalam uma grande frequência de prematuridade e atraso no crescimento fetal intrauterino. Após o nascimento, as interações com o bebê são geralmente demasiado bruscas e mal sincronizadas; estas mães muito jovens são muitas vezes rígidas com a criança, que corre o risco de se tornar um “boneco” em suas mãos. Enfim, o grupo familiar da

adolescente é um interlocutor essencial para o terapeuta, porém é raramente acessível.

O acompanhamento dessas maternidades precoces é indispensável. Idealmente por uma equipe restrita e estável que se esforçará para criar um laço estável com ela. O objetivo será duplo: iniciar o processo de parentalidade e permitir ao processo da adolescência de retomar seu curso.

A maternidade na adolescência torna então indispensável uma ação preventiva e um acompanhamento adaptado. Seguindo-se estas diretivas e segundo Horwitz, que seguiu por 20 anos um grupo de mãe adolescentes, a evolução pode ser majoritariamente favorável, o bom nível escolar precedente e a retomada da escolaridade e do processo da adolescência normal intervindo como fatores do bom prognóstico.

Por fim, existe na França, para toda mulher mesmo menor de idade, a possibilidade de pedir um parto sob sigilo na perspectiva de abandono da criança, com vistas à uma adoção. Esse parto anônimo (lei de 1974) é uma alternativa à maternidade não desejada.

### *Perspectivas terapêuticas*

O tratamento da DPN em mulheres adultas tornou-se difícil devido as características próprias ao contexto: frequente incredulidade dos familiares devido à idealização da maternidade, que é “cega” ao sofrimento materno, exigência de cuidados com o recém-nascido; a jovem é pouco disponível e pouco propensa a queixar-se de si mesma. Entretanto, os efeitos negativos, que não deixarão de aparecer nos meses seguintes, fazem do tratamento uma verdadeira urgência. Uma vez o período de frequentação da maternidade terminado, o único profissional consultado pode ser o pediatra, já que são os sintomas do bebê que vão traduzir o sofrimento materno: problemas digestivos, dificuldades para adormecer, gritos e choros excessivos ou, ao contrário, apatia do bebê são os sinais precoces mais correntes. As boas palavras ou conselhos não são suficientes face a essa patologia que se instala e é preciso instaurar um tratamento relacional. É necessário intervir o mais cedo possível junto a essas mulheres em dificuldade, pois o bebê não espera! É na progressão de seu pleno desenvolvimento que ele pode ser afetado.

Diversas estratégias terapêuticas foram propostas (M. Bydlowski, 2000; N. Guédeney & Ph. Jeammet, 2001). Elas têm em comum a proposta de que a jovem tenha uma intervenção de um interlocutor estável. A terapia deve se desenvolver durante um período de 3 a 4 meses e começar o mais rápido possível, desde que o diagnóstico é dado, ou seja, por volta da quarta ou sexta

semana após o nascimento. O tratamento da depressão atípica instalada é necessariamente relacional. Seu objetivo essencial é a requalificação da jovem enquanto mãe. Pode ser facilmente cumprido por profissionais não necessariamente super qualificados, mas atentos e disponíveis.

Uma solução simples (L. Appleby, 2001; L. Conquy et al., 1998) é a de organizar visitas ao domicílio das jovens mães, que dificilmente podem se locomover, por profissionais formados e supervisionados – psicólogos ou puericultoras. Nessas diferentes abordagens a aliança terapêutica com a jovem mãe a ajudará em alguns meses a ter confiança em sua capacidade materna. São intervenções simples ao longo das quais a jovem mãe poderá exprimir a um interlocutor disponível sua ambivalência frente a criança, se desapegar das imagens maternas internas muito rígidas e idealizadas, se requalificar enquanto mãe aceitável para seu filho e conhecer melhor seu bebê.

No período pós-natal, assim como durante a gestação, bons resultados terapêuticos podem ser obtidos através de meios relativamente limitados. O objetivo é melhorar o estado depressivo e então a interação com o bebê, sem ter a ambição de modificar o funcionamento neurótico.

### *Necessidade de um tratamento preventivo*

Atualmente muitas equipes obstétricas adotam o projeto de fazer uma prevenção pré-natal. Elas rastreiam desde as consultas pré-natais das jovens mães até o fim da gravidez o risco de negligência ou de maus-tratos involuntários e as orientam a profissionais de saúde mental.

Essa prevenção da DPN é essencial tendo em vista a maior dificuldade do tratamento, após o nascimento, quando a criança está presente na realidade da jovem mãe. N. Nanzer e F. Palacio-Espasa (2009) mostraram, em uma população de mulheres com risco de DPN, que quatro encontros psicoterápicos ao longo da gestação, permitindo a evocação e a elaboração de traumatismos atuais ou passados, podem ser suficientes para evitar a ocorrência da DPN.

### *As psicoses agudas pós-natais*

Elas são raras e, de acordo com diferentes estatísticas, só afetam uma parturiente em cada duas ou três mil mulheres, mas sua ocorrência após um nascimento é bastante significativa e preocupante. Trata-se geralmente de jovens mulheres primíparas e sem antecedentes, mas o risco de recidiva na gravidez seguinte é elevado. A clínica é tão pouco específica que essa patologia não se encontra distinguida nas classificações modernas de saúde mental do tipo DSM-4.

O quadro clínico se instala bruscamente desde as primeiras semanas do pós-parto. Trata-se ou de um estado melancólico agudo, com prostração e risco de suicídio – e esse suicídio afeta por vezes a criança – ou de um estado maníaco mais ou menos misturado a elementos depressivos repentinos e o risco é idêntico. Ou então o quadro é aquele de um episódio delirante agudo, associando distúrbios de humor e de consciência. Muito frequentemente há negação do nascimento da criança. Não há qualquer dificuldade em identificar a psicose diante da confusão e do aumento de excitação. Não há qualquer correlação entre o aspecto espetacular dos sintomas e o prognóstico a médio prazo, o que encoraja um tratamento ativo. Sua duração espontânea é relativamente curta, de alguns dias a algumas semanas. Normalmente trata-se de uma jovem mulher que deu à luz há menos de seis semanas. O primeiro sinal de sofrimento psíquico é geralmente a insônia: a parturiente não retomou seu ritmo de sono desde o nascimento, circunstância ainda agravada pelos cuidados com o recém-nascido. A preocupação de seu círculo familiar e o medo justificado de infanticídio conduziam com frequência a medidas de isolamento da jovem mãe e a separação com a criança. Essa separação agravava a negação do nascimento e é prejudicial à constituição da ligação afetiva mãe-criança. Todas as estratégias terapêuticas modernas visam evitar esse distanciamento, instituindo ou uma hospitalização conjunta da mãe com o bebê em Unidade especializada, ou um tratamento em ambulatório (com hospitalização de dia ou de noite) se a colaboração terapêutica é possível junto à família.

Devemos lembrar que as primeiras UME (Unidades psiquiátricas Mãe-Criança) criadas por C. Kumar na Inglaterra (1984) tinham precisamente o objetivo de lutar, ao mesmo tempo, contra o risco de infanticídio e contra os efeitos prejudiciais da separação. Habitualmente, graças à manutenção do laço entre a mãe e a criança e aos neurolépticos apropriados, a recuperação clínica da paciente é obtida em poucas semanas.

### *Os estados psiquiátricos crônicos pré-existent à maternidade*

Gravidez e maternidade constituem circunstâncias favoráveis à descompensação de situações psicopatológicas latentes após o fim da adolescência. Essas situações são, há muito tempo, bem tratadas com a banalização dos tratamentos em ambulatório por neurolépticos, mas correm o risco de se descompensarem por ocasião da gravidez.

Podemos assim observar todo o leque das psicopatologias adultas, que abrangem estados parecidos ao da psicose maníaco-depressiva (PMD): depressões profundas, tentativas de suicídio, sub-excitação crônica. O infanticídio neonatal pode se associar com esse tipo de situação, até então desconhecida e brutalmente agravada pela gestação e pelo nascimento.

A primeira maternidade é também por vezes reveladora de uma esquizofrenia latente até então . Essa patologia grave provoca principalmente uma dificuldade de acompanhamento terapêutico, quando se manifesta e um serviço obstétrico não preparado para a doença mental. Nesse caso ainda, a regra deve ser a de tentar uma abordagem conjunta do bebê com sua mãe, seja em UME, seja em consultas mãe-criança ambulatoriais, implementando todas as possibilidades que os sistemas médico-sociais oferecem (parteiras e puericultoras a domicílio, Proteção Materno-Infantil, serviços associados de psiquiatria infanto-juvenil).

As patologias *border-line* são de identificação mais recente (O.F. Kernberg,1989 ; G. Apter-Danon, 2004), caracterizadas pela impulsividade incontrolada, pelas passagens ao ato mais do que à fantasmática das pulsões, e pelo uso de vícios. Essas jovens mulheres – muitas vezes ainda adolescentes terão uma dificuldade importante para desenvolver uma relação de sincronia e empatia contínua com seu bebê (L.E. Crandell et al., 2003).

### *Abordagem psicodinâmica*

Em 1961, P.C. Racamier publicava um estudo sobre 15 mulheres hospitalizadas em meio psiquiátrico fechado após um episódio de DPN grave ou de psicose puerperal. O talento desse autor é o de ter mostrado que esses casos, apesar de marcados pela patologia severa, mostravam a ocorrência de mudanças reversíveis da psique feminina concomitante à maternidade. Ele generalizava a existência disso forjando o conceito de maternidade. A psicopatologia pós-natal, mesmo que sendo grave, seria então a evolução conflituosa de um processo normal. P.C. Racamier iniciava, assim, uma concepção psicodinâmica e psicanalítica dos problemas da maternidade, o que agora é consenso.

Sabemos hoje em dia que um nascimento faz os pais reviverem, sobretudo a jovem mãe, os momentos conflituosos de suas infâncias e as dificuldades de seu próprio apego. Além disso, a compreensão psicodinâmica dos problemas psicopatológicos pós-natais repousa em dois eixos.

O primeiro eixo é aquele da relação de ambivalência que caracteriza a ligação que a nova mãe vai constituir com seu recém-nascido. Por mais desejada que seja, a criança que acaba de nascer se impõe como um rival narcísico obrigado. A mulher sã, com um narcisismo sólido, terá a capacidade de deixar seu lugar a um outro, seu próprio filho, sem ter o sentimento ou o medo de ser destruída. Ela poderá integrá-lo em uma corrente de ternura e criatividade. Ao contrário, uma mulher com a base narcísica frágil, terá dificuldade diante dessa violên-

cia interna. Compreende-se assim a difícil adaptação à maternidade das mulheres narcísicas *border-line* e das adolescentes. O risco que se corre não é tanto aquele de sua depressão, mas das condutas inadequadas com a criança (violência, negligência ou, ao contrário, excesso de dedicação inadaptaada).

Um outro eixo essencial para a compreensão da psicopatologia materna é aquele do colapso da função de “recipiente” pela futura mãe. As jovens mulheres que tiveram experiências de carência precoce no começo de suas vidas terão mais dificuldade durante a gestação e depois do nascimento. Representando um objeto interno ameaçador, a criança poderá ser vivida como persecutória. A jovem mulher, invadida pela vergonha de não ser conforme seu ideal de mãe, só poderá se deprimir ou se defender diante a irrupção das exigências insuportáveis da criança.

### *O caso particular do blues pós-natal*

Por muito tempo sob domínio exclusivo das parteiras, e sem incidência patológica, o *blues* desperta agora o interesse dos pesquisadores em perinatalidade (J.A. Hamilton, 1962 ; Yalom et al., 1968).

Trata-se de um estado clínico completamente diferente das situações precedentes e tem frequência tão grande que podemos compará-lo à normalidade. Ele atinge, na verdade, mais da metade das parturientes. As pessoas que assistiram aos nascimentos conhecem muito bem e há muito tempo esse momento emocional incompreensível, sem gravidade, feito de lágrimas, de tristeza súbita e transitória, ocorrendo nos mesmos dias nos quais devia-se celebrar um feliz acontecimento. As parteiras o chamaram de disforia ou síndrome do terceiro dia, mas o termo *blues* é evocador, pois remete às melodias nostálgicas cantadas pelos negros da África perdida.

Ele constitui um acontecimento de ruptura no comportamento da jovem mãe. É insólito e não motivado pelas circunstâncias psicológicas exteriores. As mulheres são advertidas de sua possível ocorrência, elas o esperam (V. Lemaitre et al., 1989). O *blues* seria até mesmo um luxo ao qual não poderia ter acesso a jovem mãe isolada em um contexto difícil que lhe proíbe uma regressão psíquica.

O *blues* surge em geral entre o segundo e o décimo dia do pós-parto, com picos de intensidade no terceiro e quinto dias (H. Kennerley, D. Gath, 1989 ; A.L. Sutter et al., 1995), e desaparece espontaneamente em dez dias. O quadro clínico é marcado por choros sem relação com sentimentos, labilidade de humor e uma certa confusão. Raramente é acompanhado de tristeza,

as mulheres costumam falar de lágrimas de alegria. O humor é muito lábil, com mudanças rápidas em alguns minutos ao longo do mesmo dia. A euforia é frequente, sentimento de felicidade intensa e grande excitação. Notemos que o termo euforia é um anglicismo que descreve uma grande alegria comportando a impressão de uma ameaça, o que conduz à hipótese da percepção de uma dimensão transgressora no nascimento. Para N.M.C. Glangeaud-Freudenthal, 2002 et K. M'Bailara et al., 2006, a euforia traduziria uma forma não patológica da variação de humor, uma hiper-reatividade emocional. O círculo familiar normalmente só sabe reagir a essa tristeza e a esses sopros de emoção insólitos pela banalidade.

A causa do blues é complexa. Ele acumula o fim do estresse da gravidez e do parto com condições hormonais novas. Também foi comparado ao movimento depressivo que acompanha o dia seguinte a um teste intenso, esportivo ou intelectual. Mas o blues seria, sobretudo, a tradução emocional de um duplo fenômeno. Por um lado a gravidez, o luto desse objeto interior que, em silêncio, acompanhava a jovem mulher há meses. Por outro lado, a nova mãe vive um tipo de “desnudação psíquica” que lhe permite ajustar-se com seu recém-nascido. Nesse período pós-natal, o “cristal” do Eu materno, segundo a metáfora de Lebovici, seria em parte desorganizado e a conexão poderia acontecer através das necessidades da criança nascida. O blues confirmaria essa desorganização e seria a exacerbação dessa preparação da mãe para entender os sinais de seu filho/a. Esse fato explicaria sua universalidade.

Os trabalhos atuais centram-se na compreensão do blues como um momento significativo de transformações psíquicas realizadas e que marca o fim do processo da gestação. Ele traduz essa “perturbação aleatória” que, para J. Rochette (2006), se instala no nascimento antes que, passada a tradicional quarentena que rodeia esse período, a mãe e seu bebê encontrem sua “velocidade de cruzeiro” e seu estilo interativo. Para F. Drossart (2004) é nesse momento que ocorreria o “fantasma da criança morta”, fantasma infanticida tão frequente em período pós-natal e que, para esse autor, assinalaria o “vazio do afeto” desse momento. Enfim, o blues é a prova da capacidade de empatia da mãe e de sua aptidão para experimentar o estado emocional de seu bebê, o estilo interativo ulterior da díade será marcado pelo rastro dele (S. Bydlowski et al., 2011).

Ainda que o blues seja severo e duradouro, ultrapassando 8 dias, algumas poucas vezes ele pode, entretanto, ser o precursor ou a continuidade de uma autêntica depressão pós-natal (L. Fossey et al., 1997). Torna-se, então, urgente considerá-lo como um evento patológico e pedir ajuda.

Em conclusão, o período perinatal é de grande vulnerabilidade psíquica para a jovem mãe. A depressão atípica pós-natal é a mais frequente manifestação psicopatológica desse período e sua detecção preventiva ou curativa é da mais alta importância. De fato, os estudos atuais estão de acordo ao descreverem a capacidade inata do recém-nascido e, mais tarde da criança, para captar os estados emocionais da pessoa que cuida dele (sua mãe, normalmente) e para edificar as bases da saúde mental ulterior a partir das trocas dessa interação precoce.

---

### ***Bibliografia***

Appleby L. (2001). Le traitement de la dépression postnatale, *Devenir*, 13, 3, pp. 21-26.

Apter-Danon G. (2004). De l'intersubjectivité à l'intrapsychique. Etude des interactions précoces des mères borderline et de leur bébé de trois mois. Tese de Doutorado na Universidade Paris-7 Denis-Diderot, Sciences Humaines et Cliniques, Recherches en Psychanalyse. Paris, 28 de maio de 2004.

Bydlowski M. (2000). Des soins aux jeunes mères, in : M. Bydlowski (Ed.), *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*, Ed. O. Jacob, pp. 125-142.

Bydlowski M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 5<sup>a</sup> ed., Fevereiro de 2005.

Bydlowski-Aidan S. (2011) *Le blues post natal et ses effets sur le bébé. Dynamique de l'émotion maternelle et régulation du nouveau-né dans les huit premières semaines de vie*. Tese de Doutorado em psicopatologia, Paris VII, Denis Diderot.

Bydlowski –Aidan S. (2010) *Violences du post partum : enjeux psychiques maternels et groupaux. Confrontations psychiatriques*, 50, pp. 225-244.

Choquet M., Ledoux S. *Adolescents, Enquête nationale, Analyse et Perspectives*, INSERM, Paris, 1994.

Conquy L., Latoch J. Rosenblum O. (1988). Prévention des effets de la dépression maternelle postnatale. In : M. Bydlowski et D. Candilis, *Psychopathologie périnatale*, Paris, PUF, pp. 99-112.

Cooper P.J., Campbell E.A., Day A., Kennerly H., Bond A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, pp. 799-806.

Cox J., Holden J.M., Sagivsky I.(1987).Detection of post-natal depression, developments of the ten items Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal Psychiatry*, 150, pp. 702-786.

Cox J.L.(1989). Postnatal depression: a serious and neglected postpartum complication. In: OATES M. (ed), *Psychological aspects of Obstetrics and Gynaecology*, Bailliere'sClin. Obstet. Gynaecol., 3-4, pp. 839-856.

Crandell L.E., Patrick M.P.H. et Hopson R.P. (2003). Still face interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, pp. 239-247.

Deschamps J.P. La mère adolescente, le couple adolescent et l'enfant : inS. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (Eds), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 2<sup>a</sup> ed., PUF, Paris, 1995, pp. 2663-2677.

Drossart F. (2004). Résurgences archaïques chez la mère en période périnatale. *Topique*, 87, pp. 207-214.

Fossey L., Papiernik E., Bydlowski M. (1997). Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*,18, pp. 17-21.

Glangeaud-FreudenthalN.M.C. (2002). Le blues « sévère » en suites de couches est-il lié à l'allaitement et au contexte psychosocial?In: Guillaumont C. (ed.), *Les troubles psychiques précoces du post-partum*, RamonvilleSaint-Agne : Erès, pp. 9-28.

Guédénéy N., Jeammet Ph. (2001). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13, 3, pp. 51-70.

Hamilton J.A. (1962).*Post-partum psychiatric problems*. St Louis : The C. V. Mosby Company, 1962.

Horwitz S.M., Klerman L.V., Sung Kuo H, Jekel J.F. (1991) « School age mothers: predictors of long term educational and economic outcomes », *Pediatrics*, 87,pp. 74-77.

Kennerley H., Gath D. (1989). Maternity blues I: "Detection and measurements by questionnaire". *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155, 356-362. Maternity blues III: "Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors". *British Journal of Psychiatry*, 155, pp. 367-373.

Kernberg O.F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapeutiques*, Paris, PUF, *Le fil rouge*, 1<sup>a</sup> éd., 1989.

KnauerD., Palacio-Espasa F. (2010). "La destinée des bébés peut elle changer ? », Paris, PUF, *Le fil rouge*.

Kumar R. (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc. Psychiatry Psychia-*

tr.Epidemiol. 29, pp. 250-264.

Kumar R., Robson K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, pp. 35-47.

Lemaitre-Sillere V., Meunier A., Herubel A., Choquet M.C. (1989). « Baby blues », dépression du post-partum et perturbation des interactions mère-nourrisson dans les trois premiers mois de la vie. *Psychiatrie de l'enfant*, 32, 1, pp. 161-208.

M'bailara K., Henry C., Lestage J., Launay J.M., Parrot F., Swendsen J., Sutter A.L., Roux D., Dallay D., Demotes-Mainard J. (2006). Decreased brain tryptophan availability as a partial determinant of post-partum blues. *Psychoneuroendocrinology*, 31, pp. 407-13.

Marcé L.V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris, J. Baillière et Fils.

Murray L., Fiori-Cowley A., Hooper R. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome, *Child Development*, 67, pp. 2512-2526.

Nanzer N., Palacio-Espasa F. (2009). *Sortir du silence*, Edition Favre, Lausanne.

O'Hara M.W. (2001). La dépression du post-partum: Les études de l'Iowa. *Devenir*, 2001, 13, 3, pp. 7-20.

Osofsky J.D., Ederhart-Wright A., Ware L.M., Hann L.M. Les enfants des mères adolescentes. Un groupe à haut risque du point de vue de la psychopathologie. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1993, 36, 1, pp. 253-287.

Pawlak C. Grossesse à l'adolescence. In : Houzel D., Emmanuelli Marie, Moggio F. *Dictionnaire de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent*, Paris, PUF, 2000, pp. 304-307.

Paykel E.S. (1991). Depression in women, *British Journal of Psychiatry*, 158 (suppl. 10), pp. 22-19.

Pitt B. (1973). Maternity blues. *British Journal of Psychiatry*, 122, pp. 431-433.

Pitt B. (1968). « Atypical » depression following childbirth, *British Journal Psychiatry*, 114, pp. 1325-1335.

Racamier P.C., Sens C., Carretier L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evolution Psychiatrique*, 4, pp. 525-570.

Rochette J. (2006). Entre la naissance et le quarantième jour, émotion et temporalité dans le post-partum immédiat, In : M. Dugnat (ed), *Emotion autour du bébé*, Toulouse, Erès.

Sutter A.L., Leroy V., Dallay D., Bourgeois M.L.(1995). Post-partum blues et dépression post-natale : étude d'un échantillon de 104 accouchées. *Ann. Méd.-Psychol.*, 153, 6, pp. 414-417.

Tronick E.Z. (2004). Dépression maternelle et états mentaux dyadiques : le still face, procédure du visage impassible, *Psychiatrie française, Intersubjectivité II*, XXXVI, 2, 04, pp. 11-35.

Tronick E.Z., Weinberg M.K. (1997). A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé. In: L. Murray, P. Cooper (ed.), *Post-partum Depression and Child Development*. Guilford Publishers, 1997.

Uzan M., Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes, *La Documentation Française, Janeiro de 1998*, 82 páginas.

Yalom I.D., Lunde D.T., Moos R.H., Hamburg D.A. (1968). Post-partum blues syndrome : A description and related variables. *Archives of General Psychiatry*, 18, 16-27.

*Tradução cortesia do Instituto Sidarta com revisão técnica de Jaqueline Wendland*

## ***Gravidez na adolescência: o contexto brasileiro***

*Diana Dadoorian*

---

A maioria das abordagens sobre gravidez na adolescência descreve esse tipo de gestação como algo problemático e aponta a desinformação sexual das jovens como causa principal das preocupantes estatísticas relacionadas ao tema. A fórmula encontrada para “resolver” essa situação se reduz aos programas de educação sexual.

Será, no entanto, que essa explicação ainda se sustenta? Mesmo com todas as limitações e dificuldades que o nascimento de um filho possa infligir à vida de uma jovem, é bastante comum ouvirmos a adolescente dizer que está contente por estar grávida e que quer ter o filho.

A contextualização histórica mostra a influência da cultura na percepção dessa questão através dos tempos. A sociedade do século XIX, por exemplo, relacionava puberdade a casamento; naquela época, a mulher só era valorizada pela possibilidade de tornar-se mãe. Atualmente, a partir das mudanças sociais ocorridas na esfera da sexualidade, o papel da mulher se ampliou com a sua inserção no mercado de trabalho. A sociedade do século XXI não pretende casar as suas filhas recém-chegadas à puberdade. Os estudos e a profissionalização adiaram o casamento e a maternidade. Mas por que, então, as jovens continuam engravidando?

Na tentativa de compreender melhor esta questão, privilegiei o discurso das jovens sobre o seu estado e as conclusões foram surpreendentes: a gravidez é desejada pelas adolescentes. Esses dados permitem dizer que a gravidez exerce uma função no psiquismo das jovens, o que justifica a importância de se estudar os aspectos psicossociais presentes nesta questão.

Neste artigo irei apresentar os resultados das pesquisas que realizei sobre este tema e, a partir deles, sugerir propostas de trabalho com as jovens mães e suas famílias.

### ***Gravidez na adolescência: um novo olhar***

Na investigação do significado da gravidez, destacam-se dois grupos de fatores principais: os biológicos e os não biológicos (nos quais se inserem os aspectos culturais e psicológicos).

Na puberdade, o corpo da adolescente passa por transformações e mudanças orgânicas visando à reprodução da espécie humana. Surgem o interesse pelo sexo genital e o impulso de testar a fertilidade. Destas características decorre, com frequência, a gravidez, a qual denominei de “gravidez hormonal”. A partir daí, dois desfechos se colocam para a jovem: o desejo de não ter o filho, expresso no aborto, e o desejo de tê-lo, situado na maternidade.

O destino da gestação está relacionado de forma intrínseca aos aspectos psicossociais de cada família. No Brasil, a gravidez na adolescência não é considerada um problema tão grande para as adolescentes de classes populares, como o é, em geral, para as de classe média, sendo necessário localizar a origem dessa situação.

Nas classes populares o desejo de ter o filho é predominante. A repetição da maternidade na adolescência é uma constante na história das famílias das entrevistadas. Culturalmente, a função social feminina tem se mostrado relacionada à maternidade: ser mulher, para muitas jovens, ainda equivale a ser mãe. Surge, assim, o trinômio: adolescente-mãe-mulher, no qual a gravidez é a via de acesso à feminilidade. A afirmação social neste meio se expressa na maternidade, o que possibilita dizer que se trata, neste caso, de uma maternidade social.

Além disso, as jovens mães entrevistadas durante a investigação relataram que o filho representa “tudo” para elas. A criança é, portanto, a depositária de muitas expectativas: terá o que elas não tiveram (estudo, trabalho e até uma família).

Quanto à jovem de classe média, a relação entre os fatores culturais e psicológicos também se mostra determinante no destino da gravidez. Neste meio cultural, observa-se, em geral, a resistência ao desejo de ter um filho na adolescência. A pressão social familiar da classe média se expressa de forma mais enfática do que nas classes populares, por meio do incentivo ao estudo e à carreira profissional. Logo, surgem outros objetos de desejo que possibilitam suprir a sua carência afetiva; o desejo de ter um filho pode, assim, ser adiado para a vida adulta.

A partir desta análise é possível dizer que as causas da gravidez na adolescência não se referem de forma exclusiva à desinformação sexual, mas ao *desejo universal, inconsciente, de ter um filho*. Ele está inscrito no projeto de vida de cada mulher, possuindo formas variadas de expressão, sendo o produto da elaboração individual dos modelos e representações próprias da sua cultura.

### ***Uma nova tríade: a mãe adolescente, o bebê e a avó materna***

O grande interesse da mãe da adolescente por seu neto é um fato bastante observado, que se expressa no que dizem as avós (a filha é muito nova e não sabe cuidar da criança). Por outro lado, por meio da maternidade da filha, a mãe revive, mais uma vez, seu desejo de completude, de reparação de suas carências afetivas. Algumas adolescentes relataram, inclusive, que iriam ter o filho em resposta ao desejo de sua mãe de ter um neto.

A figura masculina geralmente se encontra excluída, seja o namorado ou o pai da adolescente. O “casal grávido”, nesta situação, é formado pela adolescente grávida e pela sua própria mãe. A questão que se evidencia aqui é uma regressão à primeira infância, na qual a mãe é a figura principal para a menina, restabelecendo assim uma relação primitiva e simbiótica entre ambas.

Podemos falar do surgimento de uma nova tríade, mãe adolescente-bebê-avó materna, pois a figura masculina se encontra enfraquecida e a relação principal se estabelece entre a mãe adolescente e a avó materna da criança.

### ***Gravidez na adolescência: o que está sendo feito e o que falta ser feito***

A partir dessas análises, é oportuno ressaltar que as propostas de intervenção tanto na área médica, psicológica ou socioeducativa com essas adolescentes devem priorizar o *significado desta gravidez e suas implicações subjetivas e culturais*.

As propostas de trabalho sobre a questão da gravidez na adolescência devem se iniciar precocemente, com a presença do psicólogo e do assistente social, no dia a dia dos adolescentes e de suas famílias, nas escolas e postos de saúde. Desta forma, estes profissionais poderão acompanhar o desenvolvimento dos jovens, ajudando-os e às suas famílias a elaborar os conflitos que possam surgir. Atualmente, é baixo ou quase inexistente o número destes profissionais nestas instituições públicas.

A especificidade do desenvolvimento emocional do adolescente sugere a criação de centros clínicos especializados no atendimento a esta população, com equipe multiprofissional. No entanto, em poucos estados brasileiros constatamos a existência destes centros. No que se refere ao atendimento da adolescente grávida, é igualmente baixo o número de ambulatórios públicos de pré-natal voltados para esta clientela, com equipe multidisciplinar.

Verificamos a importância de projetos multidisciplinares mais abrangentes para o binômio mãe-bebê e não só direcionados à mãe no pré-natal e à criança após o parto, mas também com foco na interação entre a mãe adolescente e o seu bebê - fator importante para o adequado desenvolvimento físico e afetivo da adolescente e do seu filho.

Nesse sentido e com base nas pesquisas que realizei, desenvolvi o *Programa de atenção transgeracional* - a gravidez na adolescência. Trata-se de um dispositivo ambulatorial, com foco no atendimento da díade mãe adolescente-bebê, a partir de uma perspectiva transgeracional. A proposta é sensibilizar a jovem mãe da importância dos três primeiros anos de vida para o bom desenvolvimento emocional e social do seu filho. O ambiente familiar também é priorizado e tanto o pai do bebê quanto a avó materna da criança foram incluídos neste programa, pois, apesar da satisfação da adolescente com seu estado, se observa a existência de várias situações de estresse emocional na relação entre os três. O grupo reflexivo com a díade mãe adolescente-bebê e com as avós maternas é um espaço terapêutico privilegiado, que possibilita analisar os aspectos psicossociais presentes, ajudando a adolescente a elaborar o seu novo papel de mãe e as avós a melhor se inserirem nesta situação. Cabe ressaltar que este programa pode também ser desenvolvido nos ambulatórios públicos que atendem a esta população.

A adolescente grávida, em geral, interrompe seus estudos em função da gravidez. Esta atitude está intimamente relacionada à classe social à qual pertence a adolescente. Algumas escolas públicas adotam uma política de inclusão das adolescentes grávidas no ambiente escolar, tendo inclusive criado creches para os bebês das mães adolescentes, o que diminui o risco de evasão escolar. Apesar de relevante, o exemplo destas escolas ainda é muito raro.

Em suma, as conclusões mostram a importância de olhar a complexa questão da parentalidade na adolescência, sem preconceitos e destituídos de uma visão alarmista, pois nem sempre essa gravidez é percebida como um problema, especialmente quando há aceitação e apoio familiar.

Os dados indicam a precariedade no Brasil de serviços especializados para os adolescentes em suas necessidades específicas, sobretudo a mãe adolescente de classes populares e seu bebê, grupo mais vulnerável em função de sua situação social e econômica. Nesse sentido, é importante o desenvolvimento de projetos multidisciplinares, com foco na adolescente e no papel desempenhado pela rede familiar e social.

**Referências Bibliográficas**

BYDŁOWSKI, M. La dette de vie. Paris: PUF, 1997.

DADOORIAN, D. Relatório técnico: programa de atenção transgeracional a gravidez na adolescência. 2011. Pesquisa - Convênio do CNPq (Edital MCT/CT - Saúde) e do DECIT/SCTIE/MS, nº 33/2008.

\_\_\_\_\_. Grossesses adolescentes. Toulouse: Ed. Eres, 2005.

\_\_\_\_\_. Relatório técnico: bioética, qualidade de vida e gravidez na adolescência. 2005. Pesquisa de pós-doutorado - Convênio FIOCRUZ/CNPq.

\_\_\_\_\_. La répétition transgénérationnelle dans la maternité des adolescentes brésiliennes. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Psicopatologia) - Université Paris VIII, França.

\_\_\_\_\_. Pronta para voar, um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

\_\_\_\_\_. A gravidez desejada em adolescentes de classes populares. 1994. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LEBOVICI, S. Les interactions fantasmatiques. *Revue de Médecine Psychosomatique*, nº 37/38, p. 39-50, 1994.

## ***Natimorto invisível***

*Teresa C. Freire e Daniela S. Chatelard*

---

*Que a saudade é o revés de um parto  
A saudade é arrumar o quarto do filho que já morreu.  
Chico Buarque*

No último século a tecnologia médica e as pesquisas científicas têm se multiplicado e, com elas, o cuidado com o pré-natal e a atenção à saúde da gestante e do feto, na tentativa de reduzir os riscos na gestação. Apesar de toda modernidade tecnológica, muitas mães ainda vivenciam a morte de seus filhos no ventre. Natimorto é a denominação dada ao feto que morre antes ou durante o nascimento. A expressão óbito fetal é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte que ocorre antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do organismo, após a 22ª semana de gestação ou com peso superior a 500 gramas.

Cerca de 2,6 milhões de natimortos ocorrem a cada ano, sendo 98% em países de baixa e média renda; em alguns países de alta renda a ocorrência de natimorto pode ser de um para 300 nascidos (Fraen et al., 2011; Lawn et al., 2011). Os números variam de dois para cada 1000 nascimentos, na Finlândia, e para mais de 40 por 1000 nascimentos na Nigéria. Mais do que dados estatísticos, o sofrimento psíquico da mulher perante a condição de natimorto merece um olhar mais acurado.

Pesquisas exclusivamente sobre óbito fetal tardio, a partir da 22ª semana de gestação ou natimorto, são mais raras. Na literatura internacional consultada há prevalência de pesquisas quantitativas, com interesse maior em dados estatísticos ou sociais (Fraen et al., 2011; Lawn et al., 2011; Sutan et al., 2010). Há poucas pesquisas qualitativas sobre o sofrimento psíquico da mãe circunscrito ao luto pelo filho natimorto e às influências dessas perdas nas novas gestações. Destaco que este texto é parte da dissertação de mestrado cujo título é *Transparência psíquica em gestação após natimorto*. A seguir, alguns dos resultados encontrados.

### ***Natimorto e contexto sociocultural***

Uma das crenças existentes sobre ser mãe é de que a maternidade se justifica biologicamente. Há quem discorde do argumento biológico apontando a influência sociocultural na manifestação do comportamento materno. Badinter (1985) considera que a maternidade é culturalmente determinada muito além de sua natureza biológica.

Espíndola et al. (2006) realizaram uma pesquisa com 32 mulheres no pré-natal do Ambulatório de Abortamento Habitual, em São Paulo, com o objetivo de identificar crenças existentes no período gestacional acerca da gravidez e da maternidade. A pesquisa conclui que o desejo de gerar um filho é instituído culturalmente nas mulheres. Tal desejo é visto como uma norma social, o que as deixaria vulneráveis ante o medo de abortamento. O estudo confere grande influência da cultura nas crenças acerca da maternidade, que é vista e discutida como um tema sagrado, reforçado, culturalmente, como algo bom e necessário à mulher. Outro resultado da pesquisa é que as mulheres veem o filho como algo que as completa e que a não concepção ou a falta de filhos nascidos vivos as levaria a uma vida triste e infeliz. Para os autores, as mulheres com histórico de abortamento recorrente são influenciadas por questões sociais e culturais.

Assim, as cobranças sociais pela maternidade colocam as mulheres em uma situação de extrema fragilidade, ansiedade e insegurança ante a impossibilidade de gerar filhos vivos, especialmente as que já sofreram óbitos fetais. Tal contexto social influenciaria a forma como a mulher vivencia o luto por natimorto.

### ***Luto materno por natimorto***

A mãe que sofre perdas fetais é ferida narcisicamente. A grávida que esperava um bebê idealizado volta para casa sem ele nos braços e terá que conviver com esta falta para sempre. No caso de vários natimortos, torna-se mais difícil a elaboração da perda.

O artigo de Freire e Chatelard (2009) é um relato de atendimentos em grupo, no Hospital Universitário de Brasília (HUB), com gestantes de alto risco, que já sofreram aborto espontâneo e perda fetal tardia. As participantes relatam sentimentos de fracasso, incompetência, medo e vergonha. As autoras descrevem o luto por perda fetal como um enlutamento melancólico de longa duração, que não cicatriza apenas com o passar do tempo. De acordo com este estudo, quando em nova gestação, as mulheres pouco investem na gravidez, por defesa, medo de reviver a perda anterior. Tais mecanismos de defesa estão acompanhados de sintomas como

fantasias em relação ao bebê e baixa autoestima.

### ***Falta de reconhecimento social do luto por natimorto***

Nota-se que a inexistência do reconhecimento do luto materno por natimorto pelo grupo social ocorre em nível mundial, inclusive na legislação brasileira. Recentemente, Fraen et al. (2011) realizaram uma pesquisa sobre o status do natimorto no mundo, com taxas e contextos de ocorrência do fenômeno em 135 países. O artigo *Stillbirths: why they matter* (Natimortos: por que eles são importantes) é o primeiro de uma série, da revista *The Lancet*, sobre morte fetal. Os autores constataam a não relevância social do natimorto como uma questão de saúde pública. O artigo refere-se aos natimortos como *invisible losses* (perdas invisíveis) ao criticar a falta de reconhecimento social e de políticas públicas em relação ao natimorto que acontece no mundo; o estudo conclui que o luto das mães pode ser agravado pelo estigma social, como castigo pelos pecados ou culpa.

De acordo com Fraen (2011), milhões de mortes fetais não são contadas anualmente. Da falta de registro desses dados resulta o fato de a prevenção do óbito fetal não fazer parte das metas do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). Por não constar como morte humana nos registros estatísticos é que o natimorto, invisível, não pode constar como meta de saúde pública no mundo. O Brasil está entre os países que não vê ou registra seus filhos natimortos.

A Lei Federal nº 6.216, de 30 de junho de 1975, determina que o registro de bebês natimortos seja feito em livro especial; o natimorto não possui certidão de nascimento nem nome. Tal norma nacional impossibilita a mãe e a família de nomearem este filho que nasceu sem vida. A nomeação do filho estrutura a percepção da mãe e organiza suas sensações. Ao nomear os objetos, o ser humano os faz subsistir no tempo, assim eles duram além de seu desaparecimento. O nome é o tempo do objeto, afirma Lacan (1954/1978) no *Seminário 2*.

Para Brin (2004), a falta de rituais fúnebres dificulta a elaboração do luto, devido à impossibilidade da mãe e dos familiares verem, tocarem e vestirem o feto. Por outro lado, se há um filho, mesmo que morto, deve haver uma mãe. Porém, a mulher que não está autorizada a ser mãe de um filho vivo também não é considerada mãe de um filho morto, é uma mãe não-mãe.

### ***Políticas públicas: prevenção, intervenção e apoio psicoterápico***

Dos estudos selecionados, vários discutem questões de políticas públicas: estrutura hospita-

lar, posicionamento dos profissionais da área de saúde, relevância da intervenção psicoterápica junto às mães e apoio social no processo de luto por natimorto. Para Duarte (2008), a mulher que vivencia a morte de uma criança antes de seu nascimento precisa expressar e sentir suas dores para reorganizar-se emocionalmente, uma vez que a negação de tais sentimentos impossibilita a elaboração adequada do luto. A autora sugere a criação de espaços para expressão dos sentimentos, nas instituições de saúde, como uma medida terapêutica e preventiva. Nos hospitais há médicos e enfermeiros para cuidar do corpo da mãe e pediatras para atender os bebês (Bydlowski, 2001); todavia, em geral, não há quem acolha o sofrimento psíquico da puérpera após o nascimento de seu filho morto.

Nos estudos selecionados é consenso a necessidade de alguma intervenção psicoterápica junto às mães enlutadas. A ausência de reconhecimento social ecoa nas maternidades, onde também não existe um ambiente de cuidado psíquico para que a mãe vivencie o luto de forma adequada. Uma investigação detalhada do natimorto, de modo a compreendê-lo para além de seu significado numérico e documental, é de fundamental importância como subsídio para o adequado planejamento de intervenções.

Conclui-se que a percepção social da relevância da maternidade influencia a forma como a mãe vivencia a morte do filho natimorto. Assim, o sofrimento psíquico por óbito fetal é triplo: a mãe sofre um luto pela morte do filho, pela impossibilidade de ser mãe e pela não validação social de seu luto, uma perda invisível. A revisão sinaliza a falta de iniciativa pública para o enfrentamento dos problemas de saúde da mulher, do cuidado com o luto e de redes sociais de apoio. É preciso que os profissionais da saúde tenham um olhar diferenciado, tornando visíveis os natimortos para que a dor dos que os perdem possa ser reconhecida.

---

### ***Referências bibliográficas***

Badinter, E. (1985). Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Brin, D. (2004). The use of ritual in grieving for a miscarriage or stillbirth. *Women & Therapy*, 27 (3/4), pp. 123-132.

Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: Transparência Psíquica e represen-

tação do objeto interno. Em: Corrêa Filho, L; Corrêa, M & França, P. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê.* (pp. 205-214). Brasília: L.G.E. Editora.

Duarte, C. (2008). *Fica um grande vazio: relatos de mulheres que vivenciaram a perda fetal na gestação, atendidas em um hospital brasileiro.* Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, São Paulo

Espíndola, A., Benute, G., Carvalho, M., & Pinto, K. (2006). Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. *Psicologia hospitalar*, 4. Recuperado em 11 de novembro de 2010, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092006000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000100004&lng=pt&nrm=iso)

Fraen, F., Cacciatore, J., McClure, E., Kuti, O., Jokhio, A., Islan, M., Shiffman, J. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, 377, pp. 1353-1366. Recuperado em 07 de junho de 2011, de <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610622325.pdf?id=4d037fcb72946c:-32241060:130703535c3:23401307556715688>

Freire, T., & Chatelard, D. (2009). É o aborto uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9 (3), pp. 1007-1022.

Lacan, J. (1978). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1954).

Lawn, J., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I. et al. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet*, 377, pp. 1448-1463. Recuperado em 10 de julho de 2011, de <http://www.thelancet.com/search/results?searchTerm=stanton&fieldName=Authors&journalFromWhichSearchStarted=>

Sutan, R., Amin, R., Ariffin, K., Teng, T., Kamal, M. & Rusli, R. (2010). Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *Biomedicine & Biotechnology*, 11(3), 209-217. Recuperado em 02 de junho de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=sutan%20perinatal%20loss>

## ***Desenvolvimento do bebê: da concepção aos três anos***

*Laurista Corrêa Filho*

---

*“Isto que chamamos de recém-nascido não existe. A cada vez que existe o recém-nascido existem cuidados maternos, e sem cuidados maternos, não existe o recém-nascido”.*

*Winnicott, 1940*

### ***Conceito***

Desenvolvimento é a sequência de mudanças na conduta sensorial e motora, na resposta afetiva, na inteligência, na linguagem e no aprendizado. A partir desse conceito conseguimos antever a abrangência do estudo do desenvolvimento.

A necessidade do atendimento nessa fase da vida – concepção aos três anos de idade – nos leva a lembrar da afirmação do professor Brazelton (1994): “O conhecimento do mapa do desenvolvimento em cada uma de suas divisões – o aspecto motor, o cognitivo e o emocional – cria o que chamo de um ‘pediatra completo’. Para quem é capaz de apreciar as forças poderosas e universais em ação por trás da luta para aprender a andar ou o intenso conflito entre ‘sim’ ou ‘não’ no segundo ano de vida, que leva ao acesso de raiva, a pediatria pode se transformar em um grande prazer. Cada consulta é uma janela que oferece a emoção sempre nova de observar cada criança crescer e cominar as grandes tarefas dos seus primeiros anos de vida”.

O século XX, sobretudo em sua última metade, assistiu a uma revolução no estudo do período ontogenético inicial do comportamento do animal recém-nascido ou do recém-nascido humano. Até então, os estudiosos do desenvolvimento (desenvolvimentais), pediatras e cientistas do comportamento ainda acreditavam ser o recém-nascido uma “tabula rasa” (JAMES, 1980). Este pensamento levava à conclusão de que os recém-nascidos humanos eram incapazes de fazer, aprender ou conhecer qualquer coisa antes de algum tempo (alguns pensavam em seis meses).

Nos últimos 30 anos, inúmeras pesquisas vieram provar o contrário. Por conseguinte, houve uma alteração dramática no conceito de ontogenia do desenvolvimento comportamental (KRASNEGOR, N. A.).

Sabemos perfeitamente que os recém-nascidos são seres sensitivos (perceptivos), o que lhes confere a possibilidade de interagirem com seu ambiente. Dessa forma podem aprender horas após o nascimento e se tornarem responsivos ao seu ambiente em níveis sensoriais, comportamentais e psicológicos.

Para o acompanhamento do bebê, é necessário que tenhamos sempre presentes informações sobre sua vida intrauterina e valorizar a história de seus pais, sob o ponto de vista físico e emocional. Em nosso meio, é preciso lembrar, a gravidez na adolescência atinge taxas elevadas. A média brasileira está em torno de 20%. Sabe-se que a gravidez nesta faixa etária nem sempre é desejada, pelo menos conscientemente. Todas as emoções e influências do meio ambiente passam para a vida intrauterina. Devemos lembrar ainda que, ao nascimento, todos os sentidos estão instalados, diferentemente de alguns mamíferos (RONCA, A. E.).

Um dos aspectos importantes no estudo do desenvolvimento humano é a sua complexidade. E um dos fatores desta complexidade é que as mudanças ocorrem em muitos aspectos do eu (PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.): “Para simplificar o estudo, fala-se separadamente em desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial em cada período da vida, mas na verdade estes aspectos estão imbricados” - assim, cada um deles afeta os demais.

As mudanças na capacidade mental, tais como aprendizagem, memória, raciocínio, pensamento e linguagem constituem o desenvolvimento cognitivo. A capacidade de falar depende do desenvolvimento de estruturas físicas da boca e do cérebro. O crescimento da memória de uma criança contribui para a experiência emocional da **ansiedade de separação**, o medo de que sua mãe não volte quando se ausenta. Se as crianças não pudessem lembrar-se do passado e antecipar o futuro, elas não estariam tão propensas a preocuparem-se com a ausência de mãe.

A avaliação do desenvolvimento do bebê é um dos momentos mais importantes no acompanhamento da criança pequena. Para que se faça de uma maneira integral, é necessário sempre pensar em termos de díade (mãe-bebê) ou mesmo de tríade (mãe-pai-bebê) e de **interações**. Este procedimento é que vai nos orientar na escolha das modalidades terapêuticas propostas e também assegurar o comprometimento dos pais no tratamento (RENARD, L.; RABOUAM, C.). Avaliar como ocorrem as interações constitui a “pedra angular na avaliação do desenvolvi-

mento do bebê” (GREENSPAN, S. I.; MEISELS, S.).

As interações têm funções essenciais para a psique, garantindo a ligação de competências, de afetos e representações; o ponto central é que o estilo interativo afeta o desenvolvimento do bebê e intervir na **interação** representa uma alavanca **terapêutica**, bem como medida preventiva nas situações de risco.

Tanto a avaliação como o diagnóstico devem ser orientados pela consciência de que todas famílias - e as próprias famílias - são parte de comunidade e cultura mais ampla. Ao mesmo tempo, todas as crianças têm a sua própria progressão evolutiva e demonstram diferenças individuais em seus padrões motores, sensoriais, linguísticos, cognitivos, afetivos e interativos. Embora evidentes por si mesmos, esses fatos são difíceis de serem considerados simultaneamente.

O que ocorre com grande frequência é que a maioria dos médicos favorece uma ou outra teoria ou abordagem, ou concentra sua atenção em esferas particulares do desenvolvimento ou em aspectos do ambiente em questão (NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAM). Vários níveis foram descritos, uns observáveis, outros subjetivos, a serem inferidos (LEBOVICI, S./ LAMOUR, N.; LEBOVICI, S.):

1 - Manifestação dos comportamentos observáveis diretamente, assim como as interações corporais entre a mãe e o filho (atividade do bebê, “diálogo tônico”, sintonia postural, busca de contato ou de afastamento), as interações visuais e locais, choros e gritos, troca de sorrisos e comportamentos ternos, movimentos de distanciamento ou de aproximação, de exploração do local, de manipulação de brinquedos. Deve-se notar quem tem a iniciativa de troca, de suas modulações, de sua interrupção, e gravar na mente que a qualidade das interações pode variar de uma situação para outra (por exemplo, entre a alimentação, a higiene, o adormecer) e de um momento para outro.

2 - A solicitação dos afetos nos dois parceiros da díade: qualidade dos afetos mobilizados (FRAIBERG, S.), continuidade e modificação das trocas, mudanças de tonalidade e rupturas eventuais. As noções de harmonização afetiva (ou de sintonia dos afetos) e de transmodalidade testemunham a partilha das emoções entre o lactente e seu parceiro e a articulação da vida subjetiva e interpessoal do bebê e seus pais (STERN, D.).

3 - As interações fantasmáticas revelam a manifestação de representações inconscientes e são mobilizadas pelas precedentes modalidades interativas que, em troca, constituem seus

indícios. Marcam a influência da vida psíquica da mãe sobre o bebê e vice-versa. (KREISLER, L.; CRAMER, B.).

De posse desses conhecimentos podemos realizar o estudo do desenvolvimento, o que se torna indispensável para uma análise psicopatológica completa.

A simples aplicação de um teste de desenvolvimento tornou-se, portanto, insuficiente para avaliar um bebê. É de fundamental importância levar em conta a dimensão interativa (RENARD, L.; RABOUAM, C.). Os testes destinados a avaliar bebês surgiram de uma necessidade prática de descobrir os atrasos importantes do desenvolvimento.

Os princípios da avaliação clínica do desenvolvimento foram formalizados nos Estados Unidos pelo grupo National Center for Clinical Infants Program (GREENSPAN, S. I.; MEISELS, S.).

Praticamente todas as avaliações do desenvolvimento tendem cada vez mais integrar o contexto interativo e, reciprocamente, a avaliação das interações necessita situá-las em um contexto desenvolvimental. As duas abordagens se completam, portanto, necessariamente, e a reflexão psicopatológica a eles se articulará (RENARD, L.; RABOUAM, C.).

Cumprindo ainda lembrar as considerações contidas no Manual de Ações Básicas de Saúde e Desenvolvimento da Criança do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE): “Não existe uma única maneira de entender como a criança se desenvolve. Existem pelo menos **três concepções** muito diferentes sobre o processo de desenvolvimento”. São chamadas de:

- *Individualista;*
- *Ambientalista;*
- *Histórico-cultural.*

A seguir, serão comentadas essas três concepções, dando destaque à concepção histórico-cultural, assumida neste trabalho como aquela que fornece as explicações teóricas e as orientações mais consistentes para a prática.

CONCEPÇÕES DE DESENVOLVIMENTO	
<i>Individualista</i>	<i>Ambientalista</i>
<p><i>O desenvolvimento brota de dentro do corpo, do organismo, para fora (indivíduo &gt; ambiente).</i></p> <p><i>A herança biológica e a maturação do organismo comandam o desenvolvimento da criança.</i></p> <p><i>O desenvolvimento depende das potencialidades individuais. Assim a inteligência e os talentos são gerados pelo próprio organismo de cada pessoa.</i></p>	<p><i>O desenvolvimento é programado de fora para dentro, ou seja, o ambiente molda o indivíduo (ambiente &gt; indivíduo).</i></p> <p><i>O ambiente é que determina o melhor ou pior desenvolvimento da criança.</i></p> <p><i>O desenvolvimento depende da qualidade dos estímulos do ambiente. Assim as crianças de classe média receberiam “mais e melhores” estímulos – pois, em geral, têm acesso a brinquedos industrializados, livros e jogos educativos - do que as crianças economicamente desfavorecidas.</i></p>

CRÍTICAS A ESSAS CONCEPÇÕES	
<i>Individualista</i>	<i>Ambientalista</i>
<p><i>Não basta a existência de um organismo em perfeitas condições biológicas para que o desenvolvimento humano ocorra, pois o desenvolvimento não brota espontaneamente no indivíduo; ainda que não se possa negar que fatores biológicos (lesão cerebral, alterações genéticas, por exemplo) possam causar problemas de desenvolvimento.</i></p> <p><i>O desenvolvimento não se reduz ao comando de forças internas do organismo, pois a principal característica do ser humano não é a sua natureza biológica; afinal animais e plantas são também seres biológicos.</i></p> <p><i>A forma individualista de entender o desenvolvimento infantil está baseada na crença enganosa de que a inteligência e as habilidades de cada pessoa dependem principalmente das características do seu organismo.</i></p>	<p><i>O desenvolvimento é confundido com treinamentos de habilidades, pois se considera a criança um ser que reage passivamente (como um robô) aos comandos do ambiente.</i></p> <p><i>Não se pode dizer que as crianças que vivem em comunidades economicamente desfavorecidas tenham um desenvolvimento atrasado ou deficiente. Na verdade elas possuem um desenvolvimento diferente (e não deficiente) se comparadas às crianças de classe média. E essa diferença se dá em função dos diferentes modos de vida.</i></p>

ALGUNS EXEMPLOS QUE DEMONSTRAM COMO AS CONCEPÇÕES INDIVIDUALISTA E AMBIENTALISTA INFLUENCIAM NEGATIVAMENTE A OPINIÃO DE MUITOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE	
<i>Individualista</i>	<i>Ambientalista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Existem crianças que já nascem inteligentes, e essas se desenvolvem mais.”</li> <li>- “Esse menino não sabe desenhar direito, porque ele é muito imaturo.”</li> <li>- “Esse seu filho não tem jeito. Ele é mesmo lento para raciocinar.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Os pais não sabem falar corretamente. Assim, não estimulam o desenvolvimento dos filhos.”</li> <li>- “As famílias pobres não dão afeto para a criança; são agressivas e autoritárias.”</li> <li>- “Os pais e a comunidade têm um vocabulário pobre, por isso a linguagem da criança está atrasada.”</li> <li>- “Nas comunidades pobres, a inteligência da criança fica prejudicada.”</li> </ul>
<p>Muitas pessoas defendem essa crença por interesses políticos e econômicos, querendo divulgar a ideia de que certas pessoas não progredem por não possuírem capacidade individual.</p> <p>Essa forma de pensar ainda é muito comum, apesar de já ter sido criticada pela ciência.</p>	<p>Pode-se verificar que as pessoas que pensam dessa maneira supõem que faltam estímulos ao desenvolvimento da criança das camadas populares, economicamente desfavorecidas. Assim, a inteligência, linguagem e afetividade dessas crianças estariam prejudicadas. Isso é preconceito, não é conhecimento científico.</p>

A concepção histórico-cultural oferece bases firmes para a compreensão do processo de desenvolvimento da criança e orientações adequadas para as nossas práticas.

Na concepção histórico-cultural – diferentemente das demais concepções – o desenvolvimento da criança não é considerado como algo que brota espontaneamente do interior do indivíduo (concepção individualista) e também não é entendido como o resultado da ação direta do ambiente sobre a criança, como se ela fosse uma máquina que pudesse ser programada (concepção ambientalista). Para a concepção histórico-cultural, o desenvolvimento é um processo que caminha do nível interpessoal (plano social) para o nível intrapessoal (plano individual). A criança, ao nascer, é inserida em uma vida social e cultural, a partir da qual começa a aprender e a desenvolver uma série de conhecimentos, habilidades e comportamentos, por meio da relação com as pessoas.

A linguagem como fenômeno produzido pela vida social e cultural exerce um papel funda-

mental no processo de desenvolvimento da criança, pois o pensamento tipicamente humano é formado pela linguagem. O desenvolvimento ocorre, portanto, por intermédio de relações sociais nas quais a criança está envolvida. A criança, gradualmente, vai internalizando a linguagem e as habilidades do seu grupo.

Assim, para que ocorra o desenvolvimento da linguagem e do pensamento, é necessário que a criança esteja vivendo em uma determinada sociedade e nela compartilhe ativamente uma vida social e cultural, desenvolvendo as características próprias de sua espécie (linguagem, pensamento, habilidades, personalidade). Afinal, são essas características que distinguem o ser humano dos outros animais.

Crianças abandonadas desde muito novas, encontradas vivendo no meio de lobos, apresentaram somente comportamentos semelhantes aos desses animais. Rosnavam, caçavam e comiam como lobos, andavam de quatro, não falavam. Enfim, a inteligência dessas crianças não se diferenciava da inteligência dos animais de seu convívio, pois só na vida em sociedade, por meio da linguagem, incluindo os gestos, as palavras, as atitudes, o ser humano desenvolve a sua capacidade de pensar e agir.

O desenvolvimento humano, portanto, é resultado do modo de vida, isto é, da cultura, da história de cada grupo social. E cada grupo social possui formas diferentes de pensar, de falar e de fazer as coisas. Em uma mesma sociedade, nem todos os grupos são iguais. Existem, por exemplo, no Brasil, diferentes modos de falar, como o nordestino, o carioca, o mineiro, o gaúcho e o de muitas outras regiões; mas existem, também, modos de falar muito diferentes entre grupos ou classes sociais - as pessoas de classe média usam um jeito de falar diferente daquele utilizado pelas pessoas das camadas populares. O que ocorre são formas diferentes (e não deficientes) de pensar, de falar, de agir. Pode-se afirmar, então, que existem formas diferentes de desenvolvimento.

Assim, quando o desenvolvimento da criança acontece de acordo com os conhecimentos, o modo de falar, os comportamentos, os valores e as habilidades de seu grupo social, é sinal de que não faltam a ela cultura ou estímulos afetivos ou de linguagem. Isso porque:

- *Não existe uma cultura melhor ou pior do que a outra;*
- *Não existe um modo de falar superior ou inferior a outro;*
- *A criança de classe média ou rica não possui um desenvolvimento melhor ou pior do que a criança pobre;*

• *Cultura é, exatamente, tudo aquilo que caracteriza o modo de vida, a maneira que um grupo de pessoas possui de sentir, pensar e agir.*

### ***Desenvolvimento psíquico da criança***

#### ***Desenvolvimento normal***

Considera-se desenvolvimento normal os comportamentos, o modo de falar, os modos de fazer as coisas e os conhecimentos que uma criança apresenta, de acordo com as outras crianças de sua faixa de idade do seu grupo social (e de outros grupos com os quais também convive).

#### ***Atraso real de desenvolvimento***

Considera-se atraso real de desenvolvimento quando uma criança não apresenta os comportamentos, as habilidades e os conhecimentos próprios das crianças da comunidade em que vive e de sua faixa de idade.

#### ***Observações:***

Existem milhares de crianças que possuem um desenvolvimento normal, mas que, ao chegarem a uma pré-escola, não conseguem se comportar e aprender da forma exigida pela escola.

Isso, entretanto, não significa atraso de desenvolvimento. Pode significar, por exemplo, que o trabalho pedagógico lá realizado não seja de boa qualidade.

#### ***Desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos que representam direitos de cidadania***

Além das oportunidades sociais e culturais de desenvolvimento junto à família e à comunidade, a criança precisa ter oportunidade de aprender, com qualidade, os conhecimentos e as habilidades que são necessários para exercer a sua cidadania. Por exemplo: poder ler, escrever e conhecer as descobertas já feitas pelos homens em várias épocas e lugares.

No Cartão da Criança, o desenvolvimento físico (crescimento) é acompanhado por meio do gráfico “peso-idade” e o desenvolvimento psíquico por meio de atividades e comportamentos esperados para determinadas idades (etapas ou fases de desenvolvimento).

DESENVOLVIMENTO DO CONTROLE DO CORPO	
<i>Ordem de Surgimento</i>	<i>Idade aproximada</i>
De braços, sustenta a cabeça	dois meses
De braços, apoiada nos antebraços, sustenta a cabeça e os ombros	três meses
De braços, apoiada nas mãos, sustenta a cabeça e os ombros	quatro meses
Mantém a posição sentada, segurando com as mãos	sete meses
Engatinha	oito a nove meses
Anda apoiada	dez a onze meses
Anda bem livremente	quinze a dezessete meses
<p><i>O controle do corpo caminha aos poucos da cabeça para os pés. Assim, para a criança sentar, é necessário que, antes, sustente a cabeça - o que representa, sem dúvida, uma regularidade em termos de sequência. Em muitos casos, entretanto, a criança "pula etapas" - por exemplo, quando não engatinha. Não engatinhar não significa, por si só, problema ou atraso no desenvolvimento.</i></p>	

No desenvolvimento do controle do corpo é mais fácil identificar que alguns comportamentos surgem em determinadas idades (fases) e obedecem a uma certa sequência.

No caso do desenvolvimento da linguagem e do desenho, é possível identificar, entretanto, que os padrões de normalidade variam mais, pois dependem principalmente das características da vida social e cultural em que a criança vive.

### ***O desenvolvimento da linguagem***

É possível observar que por volta de um ano muitas crianças já falam suas primeiras palavras. Existem crianças, entretanto, que só começam a falar mais tarde, por volta de dois anos - sem que signifique, isoladamente, um problema no seu desenvolvimento. Nesse caso, é preciso identificar, por exemplo, se a criança ouve e entende o que é falado.

Como o desenvolvimento da linguagem só acontece na convivência com outras pessoas, é normal que apareçam variações nesse aspecto do desenvolvimento da criança.

Há que se lembrar ainda da importante publicação do Ministério da Saúde - “O que podemos fazer juntos - Desenvolvimento global e atividades da criança até 3 anos” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Na América Latina, a maior parte das consultas pediátricas ocorre em consultórios e hospitais. As crianças são, dessa maneira, isoladas do ambiente em que normalmente realizam suas atividades. O pediatra deve conhecer o meio em que vivem para poder diagnosticar, avaliar e tratar alguns problemas do crescimento e desenvolvimento de seus pacientes (VARGAS, L.A.).

Finalmente vale lembrar as palavras de Selma Fraiberg (FRAIBERG, S.): “Nós sabemos atualmente que um número muito importante das desordens emocionais, as mais severas e as mais resistentes nas crianças e nos adultos, podem ser relacionadas às desordens do desenvolvimento e aos conflitos que ocorrem nos dois primeiros anos de vida, período embrionário do desenvolvimento da personalidade”.

---

### *Referências bibliográficas*

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ações básicas de saúde e desenvolvimento da criança: texto de apoio ao trabalho do instrutor superior na capacitação do agente comunitário de família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_; MAMEDE, M. M.; CORREA, M. E. *O que podemos fazer juntos: desenvolvimento global e atividades da criança até 3 anos*. Brasília: Ministério da Saúde; Coordenação Materno-Infantil, 1992.

BRAZELTON, T. B. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA: 0 a 3 - classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. (trad. Maria Cristina Monteiro)

FRAIBERG, S. *Clinical studies in Infant Mental Health: the first year of life*. London: Tavistock Publications, 1980.

\_\_\_\_\_. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. *La Psychiatrie de l'enfant*, 26, 1, p. 57-98, 1983.

\_\_\_\_\_. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris: PUF, 1999.

GREENSPAN, S. I.; MEISELS, S. Zero to three working group on development assessment of infants and young children. *Zero to Three National Center for Clinical Infant Programs*, 14, 6, p. 1-8, 1994.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. *Zero to three working groups on development assessment: towards a new vision for the development assessment of infants and young children, zero to three*. National Center for Clinical Programs, 14, 6, p. 1-8, 1994.

JAMES, W. *The principles of Psychology*. New York: Henry Holt, 1890. p. 488.

KRASNEGOR, N. A.; LECANUET, J. P. Behavioral development of the fetus. In: LECANUET, J. P. et al. (Org.). *Fetal development: a psychological perspective*. New Jersey, 1995.

KREISLER, L.; CRAMER, B. Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 24, 1, 1981.

LAMOUR, M.; LEBOVICI, S. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: évaluation et modes d'abord préventif et thérapeutique. *Psychiatrie de l'enfant*, 34, 1, p. 171-275, 1991.

LEBOVICI, S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Le centurion, 1983.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. *Desenvolvimento humano*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

RENARD, L.; RABOUAM, C. O papel da avaliação na intervenção psicoterápica em crianças pequenas. In: GUEDENEY, A.; LEBOVICI, S. *Intervenções psicoterápicas Pais/Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. O papel da avaliação na intervenção psicoterápica em crianças pequenas. In: GUEDENEY, A., LEBOVICI, S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. O papel da avaliação na intervenção psicoterápica em crianças pequenas. In: GUEDENEY, A., LEBOVICI, S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

RONCA, A. E.; ALBERTS, J. R. Maternal contributions to fetal experience and the transition from prenatal to postnatal life. In: LECANUET, J. P. et al. (Org.). *Fetal development: a psychological perspective*. New Jersey, 1995.

STERN, D. *Le monde interpersonnel du nourisson*. PUF: Paris, 1989.

VARGAS, L.A. *Contexto socioantropológico del crecimiento y desarrollo hechos y tendencias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988.

## ***Impacto de diferentes tipos de banho no comportamento e fisiologia de bebês recém-nascidos em alojamento conjunto 1***

*Laurista Corrêa Filho  
Ana Maria de Castilho Paula  
Dulce Amalia Araujo de Carvalho  
Maria Paulina de Oliveira Azevedo  
Leonora de A. Pinto Teixeira*

---

### ***Introdução***

A importância da qualidade de vida intrauterina, assim como do parto como evento psicossomático e do pós-parto como período vital para o estabelecimento adequado das primeiras interações com o bebê, é um assunto em desenvolvimento e expansão na maioria dos países e objeto de pesquisa científica na Medicina, assim como nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia e Psiquiatria Perinatal.

Entende-se que na vida intrauterina, a maioria dos bebês vive em condições ideais na medida em que o ambiente líquido os protege choques, mudanças de temperatura ou qualquer outro tipo de manipulação passível de causar desconforto. Este é o ambiente ideal para os órgãos e outras estruturas anatômicas do embrião e do feto se desenvolverem junto com seus sentidos. O tato, por exemplo, já se desenvolve nas primeiras 7 semanas de gestação (Ronca, 1995). Este desenvolvimento precoce do tato e o contato contínuo mãe-bebê explicam porque ele é muito bem desenvolvido no recém-nascido.

De acordo com Tyler (1921), o tato é o principal sentido do corpo. É provavelmente o mais importante dos sentidos em atividades como dormir e acordar, pois nos fornece informações de profundidade, espessura e forma; nós sentimos, amamos e odiamos por meio do tato. Somos suscetíveis e tocados por causa dos corpúsculos da pele. Estudos anteriores demonstraram que recém-nascido, no parto e no pós-parto, é sujeito passivo de medidas de cuidado que podem ser muito estressantes e que podem, portanto, limitar o estabelecimento de interações adequadas entre o cuidador e o bebê.

O banho é um dos procedimentos que realizados com o recém-nascido. Em Brasília, esse procedimento é feito em quase todos os hospitais da mesma maneira: o bebê é colocado sob um chuveiro elétrico instalado acima de uma pia. A enfermeira segura o bebê em decúbito ventral com uma das mãos, deixando braços e pernas sem apoio, e o posiciona embaixo do jato de água, a qual em poucos segundos se espalha por seu corpo inteiro, incluindo a boca e os olhos. Em seguida, ela aplica o sabão e fricciona a pele do bebê, que agora se encontra apoiado em um balcão ao lado da pia em temperatura ambiente. Mais uma vez, o bebê é colocado embaixo da ducha para remoção final do sabão. Durante este procedimento, observamos a presença de choro e muitas vezes de cianose. A presença de choro indica uma variação dos estados comportamentais, o que reflete uma desorganização na interação dinâmica e contínua dos subsistemas corporais. De acordo com a teoria do desenvolvimento sincrônico-ativo (Als, 1982), os cinco subsistemas interagem continuamente entre si e com o ambiente em busca de um estado de equilíbrio. Um desses subsistemas é o sistema autônomo, refletido por alterações na respiração e na frequência cardíaca, mudanças na cor da pele, temperatura e sinais viscerais. O subsistema motor é refletido pelo tônus, movimentos posturais e atividades de reflexo. O subsistema dos estados comportamentais de consciência é refletido pela qualidade de cada estado, variabilidade, estabilidade, transições e pelo estado dominante. O subsistema de atenção e interação é refletido pela capacidade do bebê de permanecer em estado de alerta e apreender informações do ambiente. O subsistema de regulação compreende as estratégias que o bebê utiliza para manter ou retomar uma integração equilibrada, razoavelmente estável e relaxada dos subsistemas.

Nos procedimentos deste estudo, a interrupção da estabilidade do estado comportamental reflete desorganização e desequilíbrio de um subsistema em detrimento de alguns e sobrecarga de outros. É possível identificar perdas na qualidade do estado comportamental e do sistema de interação quando o bebê não consegue mais ficar em estado de alerta quando uma interação positiva e desejada entre o cuidador e o bebê. Também é possível identificar perda ou sobrecarga energética dos subsistemas autônomo, motor e regulador por meio da homeostase.

O estudo relatado neste capítulo questiona em que medida o banho com chuveiro elétrico é estressante para o bebê; este tipo de banho foi comparado com o banho de banheira, que simula o ambiente uterino. Nesta comparação, os seguintes parâmetros foram utilizados:

- 1) Análise das alterações na frequência cardíaca como resultado das atividades do sistema nervoso simpático e parassimpático na regulação das propriedades eletrofisiológicas do coração (automatismo e excitabilidade). Em função da dificuldade inerente à avaliação dos mecanismos do sistema nervoso relacionados à autorregulação, a análise de va-

riação de frequência cardíaca é um indicador quantitativo de ações autônomas (Task Force, 1996).

- 2) Análise do estado de consciência feita de acordo com as classificações propostas por Brazelton (Brazelton, 1990). Os seis estados de consciência são classificados com base no nível de acessibilidade do bebê. O estado de consciência não apenas determina a capacidade de absorver e utilizar informações, mas também interfere no tipo e no grau de resposta que os recém-nascidos fornecem após cada estímulo.

*Os seis estados de consciência são os seguintes:*

#### *Estados do sono*

**Estado 1:** Sono profundo com respiração regular, olhos fechados, com ausência de atividade não espontânea exceto reflexos e movimentos espasmódicos em intervalos regulares; estímulos externos produzem reflexos com algum atraso; a supressão de reflexos é rápida, e mudanças de estado são menos prováveis que em outros estados. Ausência de movimento dos olhos.

**Estado 2:** Sono leve com olhos fechados; rápido movimento dos olhos que pode ser observado com as pálpebras fechadas; baixo nível de atividade, com movimentos alternados e reflexos ou equivalentes; os movimentos tendem a ser mais calmos e mais monitorados do que no Estado 1; respostas a estímulos internos e externos com equivalentes a reflexos frequentemente resultando em mudança de estado. Respiração irregular, movimentos de sucção ocorrem de vez em quando. Os olhos podem se abrir brevemente de vez em quando.

#### *Estados de vigília*

**Estado 3:** Sonolento ou em semicochilo; os olhos podem estar abertos, mas embaçados, pesados, ou fechados com pálpebras trêmulas; nível de atividade variável, com reflexos leves intercalados de vez em quando; reativo a estímulos sensoriais, mas com resposta muitas vezes atrasada; o estado muda após estimulação frequente. Olhar confuso quando o bebê não está processando informações e não está totalmente alerta.

**Estado 4:** Alerta, com olhar vibrante; parece focar e investir a atenção na fonte do estímulo, tal como um objeto a ser chupado, ou um estímulo visual ou auditivo; estímulos incidentes podem alterá-lo, mas com algum atraso na resposta. Atividade motora mínima. Há um olhar

embaçado que pode ser facilmente alterado neste estado.

**Estado 5:** Olhos abertos; atividade motora considerável, com movimentos de empurramento das extremidades, e mesmo alguns reflexos espontâneos; reativo a estímulos externos com aumento de reflexos ou atividade motora, mas reações discretas difíceis de distinguir em função do nível de atividade geral. Vocalizações breves e balbuciantes podem ocorrer neste estado.

**Estado 6:** Choro; caracterizado por choro intenso difícil de ser interrompido por estimulação; alto nível de atividade motora.

Os estados de consciência permitem que seja feita uma avaliação mais confiável das respostas comportamentais dos bebês. Por meio delas, o recém-nascido exterioriza sua organização e capacidade para lidar com os estímulos que recebe.

O estado 6, quando o bebê se manifesta através do choro, demonstra claramente insatisfação, desorganização e alto nível de atividade motora, o que exige do bebê maior investimento nos subsistemas autônomo e motor.

A observação clínica permite a definição do perfil do bebê em quatro dimensões de hierarquia:

- a) Psicológico (sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático);
- b) Motor;
- c) Estado de consciência;
- d) Social.

Uma vez que as condições confortáveis nas quais a maioria dos bebês vive dentro do útero, e que o desenvolvimento de suas capacidades sensoriais e de sua capacidade de reagir ao estímulo do ambiente é conhecido, é nossa obrigação fornecer procedimentos de cuidado sem agressão, permitindo assim uma melhor adaptação à vida extrauterina.

O banho que normalmente é dado em hospitais, sob o chuveiro elétrico, durante o qual o recém-nascido invariavelmente chora, reflete claramente o desconforto ao qual ele está sendo submetido e o esforço energético que ele faz em busca de autorregulação. A função cardiovascular é uma das primeiras a responder aos mecanismos adaptativos, que podem ser uma ação de regulação com duração rápida, lenta ou intermediária. A regulação de curto-prazo, que deve

ser muito rápida, age frequentemente como um reflexo e dura poucos segundos, é caracterizada pela ação de mecanismos neurais de natureza autônoma. Este controle autônomo é realizado principalmente pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA) sobre os parâmetros cardiovasculares, por meio de seus componentes Simpáticos e Parassimpáticos. Normalmente, a ação desses dois componentes é integrada com ênfase na frequência cardíaca. Soma-se a esta resposta autônoma o aumento da descarga simpática sobre o coração, causado pela mudança postural repentina na qual o recém-nascido é segurado pelo peito, o que deixa seus braços e pernas sem apoio. As alterações de frequência cardíaca, que ocorrem nesta situação, estão relacionadas à dificuldade de retorno venoso do fluxo sanguíneo para as demais extremidades. Pelo aumento na resistência, oferecido pela da força da gravidade na corrente sanguínea para as extremidades, há uma diminuição transitória do retorno venoso e consequente redução do enchimento ventricular, do volume sistólico e do débito cardíaco. Os receptores de pressão percebem esta tendência hipotensiva e reduzem sua frequência de acionamento do SNC (Sistema Nervoso Central) no centro cardiorregulatório. A queda no número de impulsos é interpretada como uma tendência de queda da pressão arterial gerando, como reflexo autônomo de resposta, elevação da frequência cardíaca e vasoconstrição periférica como mecanismo de compensação (Guyton, 1990).

A alteração na frequência cardíaca revela o investimento do bebê no sistema autônomo. Ao mesmo tempo, há uma alteração de seu estado de consciência (choro) que traz todos os impactos negativos já descritos neste capítulo.

Dentre os procedimentos realizados no período pós-natal em relação ao recém-nascido, é importante cuidar para evitar aqueles passíveis de gerar estresse desnecessário, que pode levar a um esforço físico-mental. Dessa forma os bebês podem investir no desenvolvimento da interação com a mãe e/ou cuidador ao invés de investirem em outros subsistemas para lidar com o choro e suas consequências como o aumento na frequência cardíaca durante a experiência do banho, que se torna um evento traumático.

### **Objetivo**

Este estudo tem como objetivo comparar dois tipos de banho dados em bebês nascidos a termo e que estão em alojamento conjunto. Os tipos de banho são o banho de chuveiro elétrico e o banho em uma banheira especial chamada “Tummy Tub”. O objetivo principal é observar e registrar alterações dos estados de consciência (choro - Estado 6) e a variação da frequência cardíaca (alteração fisiológica).

### ***Materiais e métodos***

Foram recrutados vinte recém-nascidos, de acordo com os seguintes critérios:

- a) Recém-nascidos a termo (37 semanas ou mais);
- b) Peso maior ou igual a 2500 g;
- c) Resultado Apgar maior ou igual a 7 no primeiro e no quinto minuto de vida;
- d) Parto normal;
- e) Ausência de qualquer tipo de medicamento no corpo da mãe três horas antes do nascimento;
- f) Exame físico realizado e avaliado como normal pelo pediatra da unidade de neonatologia.

***Todos os recém-nascidos foram submetidos a dois tipos de banho:***

1) Banho sob chuveiro elétrico, comumente utilizado na rotina de hospitais, como mostra a imagem:



*Banho sob chuveiro*

2) Banho dado numa banheira fabricada na Holanda pelo médico obstetra Mena Van Damme. Esta banheira, chamada “Tummy Tub” foi criada com o objetivo de simular a cavidade uterina, proporcionando ao bebê o mesmo conforto que ele tinha no útero:



*Banho na Tummy Tub*

Os dois tipos de banho foram dados no Hospital Regional da Asa Sul em Brasília com todo o suporte necessário ao cuidado de recém-nascidos.

- No banho na “Tummy Tub” os bebês ficam sentados com o nível de água na altura dos ombros;
- Todos os banhos são dados por enfermeiras treinadas (sempre as mesmas enfermeiras);
- A “Tummy Tub” é aprovada pelo Departamento de Segurança da Europa (BSI e TÜV) e o material utilizado em sua fabricação não contém corantes ou substâncias tóxicas;
- O banho foi dado entre 1 e 2 horas após amamentação no seio;
- O local do banho (sala) foi o mesmo utilizado normalmente no hospital – a mesma luminosidade e temperatura dadas apenas naquele momento;
- Os dois tipos de banho foram dados nas mesmas condições ambientais;
- O intervalo mínimo entre os dois tipos de banho foi de 8 horas (um de manhã no chuveiro elétrico e o outro na “Tummy Tub” à tarde);
- A antisepsia da “Tummy Tub” foi feita de acordo com as normas do Comitê de Infecção do Hospital;
- O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Brasília – documento número 033/00.

Os parâmetros observados durante os dois tipos de banho foram:

### **1. Frequência Cardíaca (FC)**

- Verificada antes do banho e com o bebê nos estados de consciência 2-4;
- Verificada durante o banho (1 minuto após o início);
- Verificada após o banho e com o bebê nos estados de consciência 2-4;

A FC foi verificada por um frequencímetro chamado Polar colocado no peito do recém-nascido e ajustado para permitir sua expansão total. O registro da FC foi feito com um sensor especial como um relógio da mesma marca (Figura 3). Este instrumento (Polar) é considerado extremamente confiável e válido para analisar a variabilidade da frequência cardíaca. A confiabilidade desse monitor foi submetida a uma pesquisa comparativa com um eletrocardiograma convencional, cujos resultados indicam que não há diferenças estatísticas entre os índices obtidos nos dois instrumentos (Porto, 1999): os dados gerados pela comparação estatística (Teste U de Mann-Whitney) em três situações funcionais de estado autônomo basal, com estímulos simpáticos e parassimpáticos, indicaram rigorosa equivalência de índices temporais (tempo) e

espectrais (frequência) da variabilidade da frequência cardíaca, quando utilizados o eletrocardiograma e o frequencímetro Polar. O registro com o frequencímetro Polar foi feito de acordo com as recomendações técnicas do pesquisador acima mencionado.

## 2. Choro

Ausência ou presença (1 minuto após o início), nos dois tipos de banho.

- A relação entre o estudo e a fisiologia relativa ao subsistema autônomo foi exatamente a comparação de variação ou não variação da frequência cardíaca e a presença ou ausência de choro (que implica em alterações nos estados de consciência) nos dois tipos de banho.

- Foram recrutados vinte recém-nascidos a termo e livres de patologias.

- Os resultados dos tipos de banho foram comparados no mesmo recém-nascido, a análise estatística foi feita pelo teste-t com EPINFO - Versão 7.0, considerando-se estatisticamente significativo o intervalo confiável mínimo de 95% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

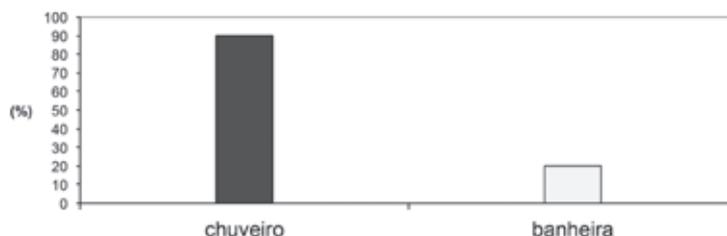
Foram avaliados vinte recém-nascidos em duas situações diferentes: banho de chuveiro elétrico e banho de “Tummy Tub”.

A análise estatística foi realizada por meio do teste-t com aplicativo EPINFO - Versão 7.0, considerando-se estatisticamente significativo o intervalo confiável mínimo de 95% ( $p < 0,05$ ). O recém-nascido e suas respectivas mães apresentavam as seguintes características: número total de 20; 13 meninos (65%) e 7 meninas (35%). O peso dos bebês variou de 2890 g a 4255 g (média = 3350 g). A idade das mães variou de 16 a 38 anos (média = 23,4 anos). A idade gestacional variou entre 38 e 41 semanas (Tabela 1).

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

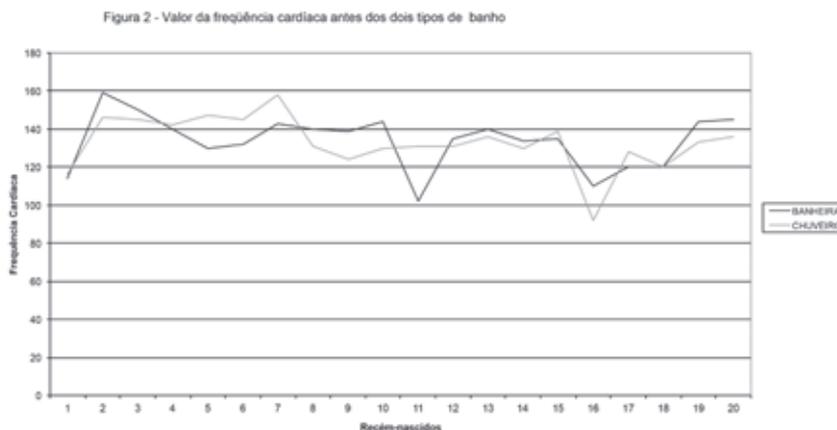
<i>Total de bebês (n)</i>		20
SEXO	Feminino	07
	Masculino	13
Peso	2870g – 4255g (X=3350g)	
Idade gestacional	38 – 41 semanas	
Idade das mães	16 – 38 anos (X=23,4a)	

O choro – o que reflete a alteração no estado de consciência (Estado 6) – foi observado durante dois tipos de banho: sob chuveiro elétrico e na banheira tipo “Tummy Tub”. Sob o chuveiro elétrico, a presença de choro ocorreu em 90% dos recém-nascidos, enquanto na banheira a porcentagem foi de apenas 20% (Figura 1).



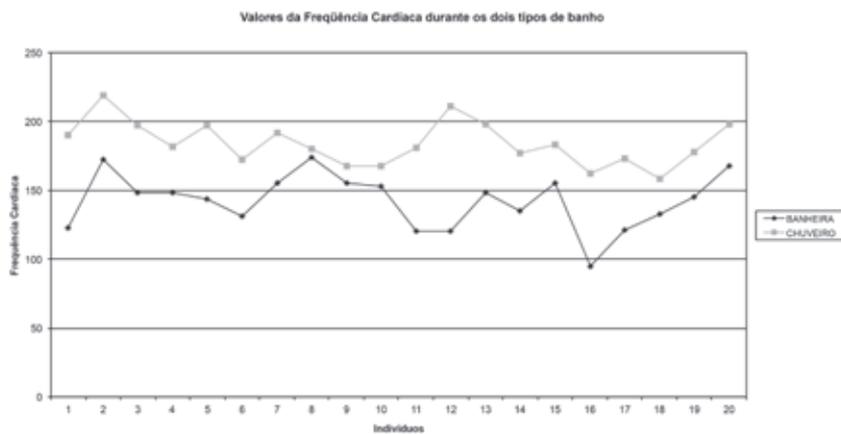
Porcentagem dos bebês que choraram durante cada tipo de banho

A Frequência Cardíaca foi medida em repouso, durante e após banho no chuveiro elétrico ou na banheira. A Frequência Cardíaca antes do início dos dois tipos de banho mostrou-se praticamente idêntica, ou seja, uma FC basal (antes do banho) compatível com o estado de repouso (Figura 2).



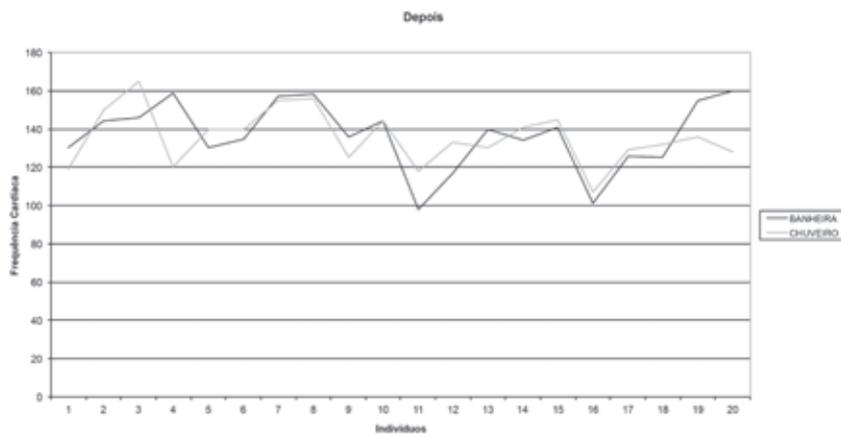
Frequência Cardíaca antes dos dois tipos de banho

A análise da frequência cardíaca do recém-nascido durante os dois tipos de banho mostrou uma frequência muito mais alta durante o banho de chuveiro em relação ao banho de banheira, sendo considerada altamente significativa ( $p < 0,0001$ ) (Figura 3).



Frequência Cardíaca durante os dois tipos de banho

Quando a variação da FC foi comparada em repouso nos dois tipos de banho, verificou-se uma discrepância que alcançou o pico máximo de até 80 bpm no banho de chuveiro (Figura 4).



Variação da Frequência Cardíaca dos recém-nascidos depois dos dois tipos de banho em relação ao período de repouso

## Discussão

Não foram encontrados, na literatura científica pesquisada, dados a respeito dos dois tipos de banho em bebês nascidos a termo e seus impactos no estado de consciência e ritmo cardíaco, para uma análise comparativa.

Neste estudo foram encontrados resultados que mostram, claramente, diferentes respostas comportamentais e fisiológicas para cada tipo de procedimento.

A frequência cardíaca basal dos bebês indica que o estudo manteve sob controle as variáveis dos dois tipos de procedimento, já que o gráfico padrão (Figura 2) é bem similar e compatível com o estado de repouso. Pode-se afirmar que, a partir de um estado similar ao repouso, as alterações na frequência cardíaca e mudanças no estado de consciência nos diferentes tipos de banho se revelaram bastante significativas. No chuveiro elétrico, foi obtida uma FC média de 184 batimentos por minuto (bpm) (Figura 3) e uma variação de FC muito alta (Figura 4) em relação à FC basal. Esses resultados demonstram um investimento do recém-nascido no subsistema autônomo, o que implica em grande esforço energético para autorregulação, se repetindo desde as primeiras horas do nascimento.

Durante o banho de chuveiro, 40% dos bebês demonstraram mudança para o estado de consciência 6 (Figura 1) associada ao controle autônomo acima referido. Esses dados refletem a desorganização da interação dinâmica dos subsistemas, já que o choro é uma clara expressão de insatisfação e ruptura da homeostase, sempre acompanhado de alta atividade motora e hipertonia. Neste momento, torna-se evidente a sobrecarga nos sistemas autônomos motor e regulador, em detrimento da qualidade do estado comportamental e no subsistema de interação. Tais evidências demonstram que o banho de chuveiro elétrico é estressante para o recém-nascido.

Na “Tummy Tub” foi encontrada uma FC média de 142 bpm (Figura 3) e baixa variação de FC (Figura 4) com alguns valores negativos. Isso significa que alguns bebês apresentaram uma FC abaixo da FC basal durante o banho de banheira, o que reflete um estado de relaxamento e conforto. O bebê se sente seguro na posição fetal familiar adotada durante meses no útero materno. Na banheira, a área de superfície da água fica reduzida, mantendo a água do banho quente por um período prolongado, assim cuidador e bebê têm mais tempo para aproveitar o banho. A mudança para o estado de consciência 6, o choro, ocorreu em apenas 20% dos bebês, achado que não compromete a qualidade do procedimento. Esses resultados demonstraram que o banho na banheira especial não causa alterações comportamentais e fisiológicas significativas ou desequilíbrio relevante na interação dinâmica dos subsistemas.

Mas, qual é a importância desses resultados para o futuro do bebê? Para discussão, foi analisada a experiência das mudanças recentes que ocorreram nas práticas de cuidado perinatal nos hospitais.

Até as décadas de 70 e 80, a mãe ficava separada de seu bebê por um longo período após o banho; devido ao efeito de medicamentos ou cansaço físico proveniente do trabalho de parto, elas precisavam dormir. Muitas mães pensavam que esta separação era normal, até que pesquisadores apontaram a questão da importância do contato com o bebê nos primeiros minutos, horas e dias de vida (chamado período sensível) como um fator na qualidade da interação mãe-bebê ao longo do tempo. Os estudos também confirmaram que esse primeiro contato é determinante para a amamentação bem-sucedida. Destacam-se especialmente os estudos sobre a formação desse vínculo de Klaus, Kennel e Klaus (1995) que tiveram grande impacto nas rotinas pós-natais. Esses autores demonstraram que, nas primeiras horas após o nascimento, quando o bebê encontra-se alerta e responsivo em relação a seus pais, os são sentimentos potencializados na formação desse vínculo. Como resultado desses estudos, a separação dessa dupla (mãe-bebê) no período pós-natal deixou de ser um hábito para se tornar uma rara exceção.

Os pesquisadores do presente estudo acreditam que a rotina de banho do recém-nascido realizada no chuveiro, nas condições descritas neste artigo e com os resultados encontrados, causa dano ao recém-nascido, influenciando negativamente o desenvolvimento de seus reflexos futuros. Achados recentes de neurocientistas a respeito do cérebro guiam e embasam esta reflexão e não podem ser ignorados.

O livro **Repensando o cérebro** (Shore, 2000) – inspirado e baseado na Conferência Norteamericana - Desenvolvimento Cerebral da Criança: Novas Fronteiras para a Pesquisa, a Política e a Prática de 1996 – apresenta as principais descobertas da pesquisa cerebral recente, que demonstra claramente como as instituições não têm considerado cuidadosamente as evidências científicas substanciais e significativas a respeito do desenvolvimento do cérebro. Entre as afirmações mais importantes, destacam-se:

- O desenvolvimento humano depende da interação entre natureza e cuidado;
- O cuidado inicial tem um impacto determinante e de longo prazo na maneira com que cada um desenvolve sua habilidade de aprendizado e sua capacidade de controlar as emoções;
- Às vezes, as experiências negativas ou a ausência de estímulos adequados podem causar efeitos sérios e duradouros.

Se o cérebro do bebê é influenciado por condições ambientais, incluindo o tipo de cuidado e o estímulo que ele recebe, não se pode subestimar a importância do tipo de banho ao qual ele é submetido. Os resultados deste estudo referentes ao banho na “Tummy Tub” revelaram

baixo nível de investimento no sistema autônomo, evidenciando uma situação não estressante.

Além disso, o fato de o recém-nascido apresentar um baixo índice de mudança para o estado de consciência 6, permanecendo, na maior parte do tempo, nos estados 3 e 4, configura uma situação favorável para o estabelecimento da interação cuidador-bebê. A pesquisa aponta que as experiências interativas causam respostas que tornam mais fortes as conexões já existentes entre as células cerebrais. Ao mesmo tempo, novas conexões são formadas, acrescentando um pouco mais de complexidade ao intrincado circuito que permanecerá para o resto da vida.

A criação de oportunidades adequadas para essas experiências no momento do banho depende dos profissionais e dos pais. Como confirmação das observações feitas neste estudo e nos estudos da enfermeira Karl (1999), durante o banho de banheira, o cuidador pode se colocar como facilitador da interação entre a mãe e o recém-nascido, transformando o tradicional banho num acontecimento agradável. O cuidador pode observar melhor o bebê junto com sua mãe ou parente, dando forma às respostas mentais do recém-nascido, trazendo a família para a experiência do banho e ensinando-a sobre o bebê. Essa experiência fica prejudicada durante o banho de chuveiro, em função do estado de estresse no qual o bebê permanece e pela posição adequada ao banho de chuveiro, que não permite a observação da expressão facial do recém-nascido, nem permite que o bebê observe o ambiente a sua volta e interaja.

Este estudo questiona a prioridade que é dada ao procedimento de banho do recém-nascido como um período de cuidado pós-natal. Esta prioridade poderia ser a manutenção da rotina usual, “normal”, rápida e prática, apesar do grande estresse que o banho de chuveiro causa. Se for este o caso, parte do investimento que o bebê faria para contribuir com o desenvolvimento de uma interação rica – prazerosa e com benefícios futuros – é utilizada em outros subsistemas; isto foi claramente demonstrado pelo choro e pela descarga adrenérgica refletida no aumento da frequência cardíaca. Alternativamente, a prioridade deveria envolver mudança de hábitos/rotina dentro da Instituição, isto é, o uso de banheiras especiais para realização do banho ao invés do tradicional banho de chuveiro. As vantagens para a dupla mãe-bebê e para os próprios profissionais da saúde diante dessa mudança seriam as seguintes:

1. Ela permitiria que o recém-nascido investisse na interação com sua mãe, já que não haveria demandas dos sistemas fisiológico e comportamental em função, por exemplo, do choro;
2. Ela permitiria que os próprios profissionais da saúde ou cuidadores cumprissem seus objetivos e intenções profissionais, educacionais e de treinamento, com reflexos por toda a vida do bebê, dentro da Instituição.

## **Conclusão**

Os resultados deste estudo demonstraram que há mudança significativa no estado de consciência e elevação importante da frequência cardíaca em recém-nascidos durante o banho no chuveiro, quando comparado com o banho na banheira especial “Tummy Tub”. Essas alterações no estado de consciência (choro) e no subsistema autônomo (elevação da frequência cardíaca) exigiu investimento energético por parte do recém-nascido em busca da reorganização necessária ao equilíbrio com outro subsistema.

Com base nesses resultados, conclui-se que a interação sócio-familiar e ambiental do recém-nascido é afetada pelas alterações fisiológicas e comportamentais que ocorrem durante o banho de chuveiro.

Além disso, considerando que o banho, mais do que apenas um cuidado higiênico, também deve ser um momento de relaxamento e prazer, e uma oportunidade para interação entre o recém-nascido, os cuidadores e o ambiente, este estudo propõe uma intervenção nas unidades de assistência ao recém-nascido, com a finalidade de conscientizar e treinar as equipes de saúde para um cuidado perinatal mais focado no bebê, especialmente no que diz respeito ao banho. O profissional de enfermagem pode, durante o banho, ser um facilitador da interação, ajudando os pais a identificarem as necessidades do bebê e a responderem a elas de maneira adequada, contribuindo assim para uma integração harmônica do bebê com a entidade familiar.

---

## **Referências**

ALS, H (1982) Toward a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3, 229 - 243.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER B. G. *As Primeiras Relações*. São Paulo, Martins Fontes, 1992.

BRAZELTON, T. B.; NUGENT K. J. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 3rd edition, London, Mackeith Pren, 1995.

FABRE-GRENET, M. A. *Os Meios de Comunicação do Prematuro*. In: BUSNEL,

MARIE-CLAIRE (org). *A linguagem dos Bebês*. São Paulo, Editora Escuta, 1997.

GUYTON, A. C. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1986.

KARL, D. J. The Interactive Newborn Bath: Using Infant Neurobehavior to Connect Parents and Newborns. MCN, The American Journal of Maternal / Child Nursing, Philadelphia, vol 24(6), p. 280 – 286, nov / dez, 1999.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. Vínculo – Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

PORTO, L. G. Comparação das Análises Temporal e Espectral da Variabilidade e Curto Prazo da Frequência Cardíaca, baseadas no Eletrocardiograma Convencional e no Frequencímetro Polar. Brasília, 1999. Tese de Mestrado em Ciências da Saúde – Laboratório Cardiovascular – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

RONCA, A. E.; ALBERTS, J. R. Sequential Onsets of Function in Four Sensory Systems. In: Fetal Development. Lecanuet, Jp, LEA, 1995.

SHORE, R. Repensando o Cérebro – Novas Vsões sobre o Desenvolvimento Inicial do Cérebro. Porto Alegre, Mercado Aberto, 2000.

Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Eletrophysiology Heart Rate Variability – Standarts of Measurement, Physiological Interpretation and Clinical Use. Circulation, 1996, 93: 1043 – 1065.

TAYLER, J. L. The Stages of Human Life. 1921.

---

<sup>1</sup>Artigo publicado originalmente em inglês na revista *Neuroendocrinology Letters* ISSN 0172-780X, Vol. 25, Supplement 1, December 2004 - Editado por Elvidina Nabuco Adam-Macedo, SIS - Society of Integrated Sciences

## ***O estresse na infância***

*João Gomes Pedro*

---

### ***Introdução***

Nascer representa a grande aventura de todo o ciclo de experiências do homem e será, de certo, dentre todas as outras, a mais arriscada.

O feto humano é como que “esmagado” durante várias horas na sua viagem através do canal pélvico, na qual a cabeça é sujeita a uma pressão enorme, embora variável. Entretanto, não é só a cabeça que fica sujeita a essa pressão, pois tanto a placenta quanto o cordão umbilical (sobretudo este último) são comprimidos durante as contrações uterinas, o que conduz a uma privação intermitente do oxigênio fornecido ao bebê ao longo de toda a fase de expulsão.

Não se restringe a estas situações, contudo, a avalanche de acidentes e surpresas violentas implicadas no nascimento. De fato, na altura do nascimento propriamente dito, o recém-nascido não encontra logo o paraíso. De um ambiente quente, escuro e protegido, ele passa abruptamente para um espaço que, comparativamente ao anterior, é enorme, frio, superiluminado e superbarulhento. Criaturas disformes em tamanho e em movimentos seguram o bebê, espremem-no, aspiram-no, se é que por vezes não lhe dão ainda umas palmadas ou não lhe aplicam uma máscara sobre um nariz e uma boca ávidos para intervir.

O reencontro com a mãe é, no fundo, a grande compensação para tudo isto. Porém, não raras vezes, a rotina dos serviços organiza uma retirada estratégica do bebê de perto da mãe e assim, mesmo sem uma justificativa plausível (fora a de precaver riscos), o bebê viaja frequentemente para uma unidade de alto risco, onde obrigatoriamente é sujeito a análises e a exames (ditos “de rotina”), e onde habitualmente permanece pelo menos o tempo que a espera dos resultados dos exames condiciona.

Espantosamente, apesar de todos estes fatos, o estresse que decorre de um parto normal não é prejudicial nem ameaça a sobrevivência. As pesquisas recentes indicam, consistentemente, que o feto está bem equipado para gerir todo aquele estresse e iniciar a grande aventura da sua

vida. É que, afinal de contas, são os próprios indicadores biológicos do estresse os fatores que protegem o feto e o recém-nascido da asfixia transitória (que marca a sua travessia através da pélvis materna), a que se segue a mudança brusca de nicho ecológico.

Com efeito, são a adrenalina e a noradrenalina, representantes principais da classe química das catecolaminas, os fatores que preparam o organismo fetal e, depois, o próprio recém-nascido para a luta pela sobrevivência - que é preciso, a todo o custo, assegurar. Estes chamados “hormônios do estresse” preparam e ajudam, de fato, o bebê nesta primeira luta pela sua sobrevivência. Eles limpam os alvéolos pulmonares e influenciam todos os outros determinantes fisiológicos. Assim, de modo a facilitar a expansão pulmonar, dilatam os bronquíolos para promover uma melhor entrada de ar nos alvéolos; viabilizam a degradação da gordura e do glicogênio hepático em glicose; mobilizam a circulação capilar de modo a que as células possam ser melhor irrigadas e, desse modo, ter o seu metabolismo assegurado e promovem, ainda, um maior aporte de sangue ao coração e ao cérebro, diminuindo paralelamente o afluxo a outros órgãos. Porém, a ação farmacodinâmica das catecolaminas é diferente no bebê e no adulto, o que representa mais uma diferenciação das competências inatas do bebê humano - habilitado, deste modo, a adaptar o seu estresse à exegese de um organismo imaturo.

Poderemos dizer que as manifestações ocorridas no feto e no recém-nascido, no momento da sua transferência brutal de nicho, são, no fundo, as que Selye descreveu na sua publicação de 1936: “Síndrome Geral de Adaptação”. Cansado de ser agredido intelectualmente pelos seus colegas por ter utilizado a expressão “estresse”, ainda que em um contexto biológico, Selye passou a banir, por completo, essa terminologia das suas comunicações. Só dez anos mais tarde, precisamente em 1946, quando desenvolve de modo mais completo a sua teoria, é que Selye volta a utilizar o conceito de estresse, na hipótese, então formulada, de que certas doenças - as chamadas “doenças de adaptação” - poderiam ser induzidas por “reações de adaptação”, ditas anormais e que aconteciam mediante a existência de estresse.

Outros dez anos passados (em 1956), o estresse é definido por Selye como sendo fundamentalmente uma resposta fisiológica, assim designada: “é o estado que se traduz por uma síndrome específica correspondente a todas as alterações não específicas induzidas num sistema biológico”. Quase vinte anos depois, em 1974, Selye desenvolve a ideia de que há bons e maus “estresses”, sendo impossível que qualquer um deles seja completamente evitado e assumindo-se ambos até como indispensáveis à vida. O conceito alarga-se e, progressivamente, o estresse surge como a resposta (não específica) do organismo a toda e qualquer intervenção do ambiente, entendida não como uma agressão, mas como uma interação entre o indivíduo e o

meio exterior.

Voltando ao estresse na altura do nascimento, a taxa de produção das catecolaminas por parte do feto resulta de uma retroação sistemática com o nível, *timing* e grau de desenvolvimento do trabalho de parto. A produção de catecolaminas na altura do nascimento atinge um nível sem paralelo com qualquer outro fenômeno fisiológico. A produção das catecolaminas fetais é mediada pela resposta direta da medula suprarrenal, o que compensa a resposta por demais monótona do sistema neurossimpático naquelas fases precoces da vida.

A grande diferença entre a suprarrenal do adulto e a do feto e do recém-nascido é, para além do tamanho (proporcionalmente maior ao do feto) a de que se produz muito mais noradrenalina quando se é bebê. Esta noradrenalina diminui ritmo cardíaco - certamente benéfico para a regulação biológica da hipóxia e da adaptabilidade cardiocirculatória. Outra função fundamental da noradrenalina produzida no recém-nascido é a estimulação do estado de alerta, viabilizador de um funcionamento interativo precoce, sabido hoje como estruturante essencial da vinculação logo a partir do nascimento.

Nos conceitos clássicos que têm em conta a fisiologia das emoções, a secreção das catecolaminas, encarada como uma resposta a curto prazo, corresponderá a uma mobilização da energia cuja finalidade é, afinal de contas, a luta-fuga em função do estímulo desencadeador. Não se conhecem ainda completamente todos os neurotransmissores envolvidos neste processo, mas a reflexão possível sobre os modos de resposta fisiológica permitem associá-la aos determinantes fundamentais do estresse.

Não só os determinantes, mas também os mecanismos envolvidos, abrem caminho, progressivamente, a outras concepções. À concepção fisiológica pura, na descrição primitiva de Selye, traduzida na noção de que o estresse estava fundamentalmente associado a manifestações orgânicas não específicas em resposta a uma agressão física, sucede-se uma outra concepção, mais elaborada, que admite que a resposta a um estímulo brutal e agudo possa assumir tanto manifestações fisiológicas como psicológicas e comportamentais, associadamente. Múltiplas teorias têm sido envolvidas nesta evolução conceitual do estresse, tanto no que respeita aos seus mecanismos mediadores como aos seus efeitos.

### ***Estresse, relação interpessoal e adaptação***

Se aceitarmos a filosofia de intervenção das relações interpessoais em todo o percurso do

desenvolvimento humano, surgirá com um significado especial a concepção interativa do estresse, primeiramente abordada por Lazarus, em 1966.

Neste conceito, é impossível definir o estresse na base do estímulo entendido por si só, porquanto a relação estabelecida entre o agente e a pessoa depende, fundamentalmente, das diferenças individuais, que permitem distinguir a especificidade do efeito, qualquer que seja o estímulo envolvido. Por outro lado, e ainda no conceito de Lazarus, torna-se também impossível definir estresse em função da resposta, dado que ela só existe referenciada à medida e ao modo específico de cada estímulo.

A relação estímulo-resposta seria assim uma relação circular, sempre dependente de uma interação dinâmica entre múltiplos componentes envolvidos nos dois polos de reação e de adaptação, a que ela é intrínseca.

Neste contexto, que em muito se identifica com o modelo transacional de desenvolvimento, o estresse corresponderá a uma relação singular entre a pessoa e o seu ambiente e é essa relação que, prioritariamente, será preciso identificar e interpretar. Em termos fisiopatológicos, será ainda essa relação pessoa-ambiente sempre mutável (e, por isso também, necessariamente instável) que determinará a gênese e a expressão dos efeitos do estresse. Nesta interpretação, surge como essencial o papel dos mediadores de estresse, que se torna muito pertinente quando se pretende abordar toda a fenomenologia da adaptação.

Torna-se difícil utilizar o termo “adaptação” como o faz Selye, em termos de condicionamento fisiológico preferencial ligado ao estresse. De fato, enquanto que para os biólogos a adaptação é um fenômeno que envolve fundamentalmente modificações biológicas evolutivas - isto é, em um sentido darwiniano, relacionadas sobretudo com a sobrevivência da espécie - para as Ciências Humanas o sentido do conceito de adaptação é muitíssimo mais lato.

O significado da adaptação em Ciências Humanas tem sido conceitualizado no sentido de uma repolarização do equilíbrio, mas hoje está, cada vez mais, identificado com a fenomenologia da transformação.

“*Adaptarmo-nos é transformarmo-nos*”, diz Vincent. Nesta transformação, estão naturalmente envolvidos os componentes psicossociais, cognitivos, afetivos e biológicos e só em um contexto integrado destes envoltimentos, diz-se, será possível entender o sentido da adaptação. Estamos ainda longe deste objetivo. É que não bastará estudar aqueles envoltimentos, ainda que profunda e integradamente. Será indispensável, creio, introduzir uma filosofia de valores que dê prioridade às relações interpessoais.

Schaffer diz-nos, a este propósito, que será a ausência de uma postura interativa a explicação mais plausível do fato de não dispormos ainda de uma adequada teoria de socialização. Neste contexto, Schaffer afirma ser fundamental compreender como é que o desenvolvimento individual e o desenvolvimento das relações se adaptam aos contextos das múltiplas influências sociais, isto para que se possam entender e até prever algumas expressões do porvir.

É nesta mesma filosofia que um bacteriologista de formação, René Dubos, construiu, já no fim da sua vida, a sua mensagem testamentária, apresentada num dos seus escritos: “*Qualquer organismo ou território de vida, seja ele micróbio, pessoa, sociedade ou planeta, só pode ser entendido no contexto das relações que estabelece com tudo o que o envolve*”. Julgo que é ainda neste modelo, hoje bem definido em termos ecológicos, que poderemos entender as variações individuais, tanto do estresse como da adaptação que o próprio estresse implica.

A interpretação dos conceitos a que já me referi será, no entanto, o meio definitivamente clarificador destes fenômenos. Entender, por exemplo, os mecanismos mediadores da adaptação em função de cada desenvolvimento individual exige, em princípio, estar sensível aos cambiantes interiorizados, que implicam interpretações pessoais distintas do mesmo fenômeno, de acordo com a dinâmica mutante de cada estado interativo.

Na expressão mais pura de arte, torna-se possível que um artista veja o mesmo objeto ou a mesma paisagem de modos significativamente diferentes, de acordo com o estado de espírito em que se encontra. Para os impressionistas, o estado de espírito individual, dependente de tantos fatores, é, no entanto, especialmente sensível à impressão que temos dos efeitos de luz nas coisas e em nós próprios, o que implica uma relação de dependência com a hora do dia ou com a estação do ano em que cada um vive uma determinada experiência. Neste contexto, os envolvimentos de cada estado de espírito podem ser múltiplos e neles ter uma influência particular o afeto com que se vive e adapta cada acontecimento da vida.

Na aprendizagem social, por exemplo, é possível hoje reconhecer a cognição e o afeto como sistemas distintos, portanto com dinâmicas próprias nos processos individuais do desenvolvimento e comportamento humanos. É nesta óptica que poderemos entender que nas experiências precoces da vida, reguladas fundamentalmente pelo envolvimento afetivo de cada um, vão integrar-se, progressivamente, as múltiplas adaptações sucessivas da aprendizagem social.

A identificação dos nossos elos vinculadores com uma teia que se vai tornando progressi-

vamente mais complexa e também mais sólida, integrando todos os acidentes encontrados no percurso dessa construção, ajuda-nos, também, a entender o suporte de flexibilidade que, em termos de adaptação, cada teia pode representar na prevenção do estresse. Quer dizer, cada acidente que identifico como desregulação dos sistemas de adaptação, sobretudo quando referidos às relações interpessoais, pode ser mais ou menos amortecido em função da maior ou menor capacidade para se integrar na estrutura da teia, admitindo que os elos vinculadores mais significativos são os fios mestres e os alicerces estruturais. Neste contexto, a identificação do bem estar com saúde está cada vez mais dependente da integração daquilo que sentimos com o que fazemos e com o que queremos.

No paralelo do que tenho apresentado, a representação individual de bem estar será definida pelo modo como, progressivamente, integramos conhecimento nas nossas referências vinculadoras. Apresento este sistema como algo aparentado com um amortecedor que adapta os seus cursos de flexibilidade e resistência em função do estado mais ou menos acidentado de cada caminho.

### *O estresse e os seus agentes*

Creio que estaremos aptos agora, a partir das formulações conjeturadas, a refletir sobre os agentes do estresse, especialmente referenciados à criança.

Falar em agentes do estresse implicaria, mais uma vez, definir estresse. Em vez de seguir rotas tradicionais, vou sobretudo equacionar os seus fatores etiológicos, entendendo prioritariamente estresse em um contexto relacional. Quer dizer, assumo que “quem não está bem na sua pele” estará em estresse e, conseqüentemente, não estará adaptado ao ecossistema envolvente. Para a criança, este processo exprime-se em maior ou menor grau, no seu sentido de coerência.

Toda a gente fala de estresse todos os dias - se não fala, pensa nele e se não pensa, pelo menos sente-o. Estresse, em função do nosso desenvolvimento, é a realidade mais evidente do nosso cotidiano. Não há ninguém, hoje, de fato, que não tenha a sua experiência diária de estresse. Se passarmos, porém, do contexto individual para o familiar, o estresse ganha então outras dimensões. Se porventura ainda o considerarmos a um nível mais alargado, abrangendo o espaço do grupo e da comunidade, identificaremos obviamente novos conteúdos e novos horizontes para o estresse.

Falar hoje em estresse implica acreditar que viver é, fundamentalmente, um processo de

adaptação em um sistema que está, de fato, centrado nas relações. Vivemos continuamente em diálogo, assumindo e envolvendo nesse diálogo o nosso temperamento e a nossa experiência, os quais condicionam e transformam, sucessivamente, os nossos próprios sentimentos e projetos, em interações complexas com as vivências dos outros. Em toda esta amplitude de ser e de estar, pode gerar-se um equilíbrio instável, tanto no plano individual como relacional, que a investigação em desenvolvimento só recentemente começou a desvendar. Refiro-me à investigação sobre o estresse que é, de fato, ainda incompleta, mas que se impõe cada vez mais tão exaustiva quanto clarificadora. A projeção dessa lacuna da investigação está representada, essencialmente, na ausência de uma política coerente de intervenção dos Cuidados Primários, extensiva à prevenção dos efeitos nocivos do estresse.

De fato, no que diz respeito à saúde infantil e familiar, neste contexto de prevenção do estresse, vivemos um cotidiano de desfasamento quase total, sobretudo quando equacionamos o problema em função das propostas de soluções.

O estresse da criança começa pelo abuso dela. Uma das frentes do problema é o fato de a sociedade atual não ser, efetivamente, uma sociedade centrada na criança. Durante séculos, a criança foi pouco representada, tanto na literatura como nas artes, ao contrário do que acontece presentemente. Atualmente, a criança aparece nos *media* e profusamente em *écrans* de publicidade fundamentalmente como instrumento de marketing e de política, porém raramente na sua verdadeira dimensão de pessoa a merecer o respeito e o investimento moral de todos os seus parceiros sociais.

Quer dizer, descobriram os estrategistas que a criança é algo a que todos são sensíveis, porém ainda não no seu mistério de ser competente e único que exige uma viragem total da sociedade, de modo a tornar o mundo e os homens adaptáveis à condição infantil. O corolário desta realidade é o estresse por que passa a criança em variadíssimas das suas expressões, qualquer que seja a janela por que as olharmos. Neste contexto, se se pode dizer que os profissionais de saúde materno-infantil e mental têm conseguido resolver muito da patologia tradicional, torna-se, porém, cada vez mais patente a sua total incapacidade para fazer face a todas as novas disfunções que são circunstâncias do estresse em que vive a sociedade contemporânea e que, no que respeita à criança, se integram atualmente na chamada Pediatria do Comportamento.

### *A importância da família*

São exemplo desta nova patologia as disfunções de vinculação e de interação na família,

as alterações emocionais e os desequilíbrios do desenvolvimento expressos, por exemplo, nas síndromes da falência em ganhar peso ou altura, na desatenção ou no insucesso escolar, na síndrome de maus tratos e de negligência por parte dos pais e em muitos outros padrões cotidianos da clínica pediátrica de hoje, em que a hiperatividade é paradigma. Quer dizer, assumindo que a criança “é ela mais a sua circunstância”, teremos que assumir que a qualidade de vida da criança, diga-se o seu bem-estar, será muito do que for a qualidade de vida/bem-estar da família a que ela pertence.

A família está em crise, ou seja, em estresse, no mundo ocidental e de uma forma porventura ainda não clarificada, em Portugal. A família vive hoje, de fato, o expoente da sua mutação histórica e a investigação nesta temática, bem como a reflexão correspondente dos técnicos, está longe de acompanhar a velocidade dessa transformação. O estresse de vida projeta-se na família com uma ampliação desmesurada. Por outro lado, cada fase evolutiva do desenvolvimento infantil gera oportunidades para a explosão de todo aquele estresse potencial.

A instabilidade da família tem a sua gênese na sua própria descrença como instituição com um futuro estável e como estrutura com expectativas de continuidade, em termos tanto de um desenvolvimento individual como interindividual. Por outro lado, a pressão dos media faz os pais não se sentirem competentes no exercício do seu papel, quer como prestadores de cuidados para com o seu filho, quer como educadores. Os períodos sensíveis da paternidade são ainda, entre nós, um “meio de cultura” para o estresse. O acompanhamento da gravidez, ainda na maior parte dos casos em um modelo de intervenção biomédica, não resolve o estresse materno e os desencontros de um passado confrontados com a ansiedade de um presente.

Nasce-se ainda em Portugal um mundo de solidão - e chamo solidão ao estar-se só, sem a companhia participativa dos parceiros significativos, que costumam abafar com o afeto, o medo, a dúvida e a dor.

Estresse é também a desorganização precoce da teia na qual é suposto entrelaçarem-se as primeiras descobertas, nos suportes dos afetos mais significativos; é ainda tudo o que resulta de um trabalho parental exagerado, hoje tido como necessário para fazer face às exigências financeiras de uma família que aumenta. Estresse é tudo o que se sente quando se passa um quarto do dia em transportes superlotados e é ainda o que pais e bebês pressentem durante a separação abrupta, na qual esse bebê é entregue a serviços ou instituições nos quais fica, por vezes, de manhã até à noite. Estes serviços, em hipótese, planejam ótimos projetos - ditos de educação - porém quase totalmente desligados do ecossistema familiar. O ritmo de vida moderno é uma

luta sem espaço, contra um tempo sem nexos.

De fato, cada indivíduo da nossa sociedade de estresse põe em causa, em cada instante, o seu limiar de adaptação. Comparativamente aos outros animais, o homem é, efetivamente, um ser paradoxal. Ele procura, cada vez mais, novidade, agitação, mudança, mas sobretudo ele precisa também, cada vez mais, de símbolos estáveis, de paz e de segurança. Esta grande incoerência do homem atinge o seu ponto crítico quando consideramos em primeiro plano a criança e a família.

A família é o ecossistema mais “econômico” para que a criança, no seu seio, aprenda a reconhecer a sua identidade e a ser um parceiro útil em termos do seu destino social. Neste envolvimento, quando tudo é adequado, a criança aprende também a ser respeitada na sua individualidade e na sua transcendência. Esta será uma das mais relevantes missões da família, porquanto é com ela que a criança deve aprender que é um ser em contínuo desenvolvimento, que na sua espécie a senescência é um processo desse desenvolvimento e que, em todo este contexto, a morte não é senão um epifenômeno de algo que meta-historiza a própria família.

A relatividade da existência humana não seria por si só um fator de estresse, não fora a circunstância da instabilidade gerada em fases cruciais daquela existência identificar-se com o confronto das interrogações na gênese familiar. Este confronto é um gerador de estresse desde os primórdios em que se sonha a família.

Os nossos adolescentes, na nossa cultura e, mais especificamente, no nosso país, adiam esse confronto, a maior parte das vezes sem esperança, porque apenas têm acesso a condições de renúncia. Dificuldades no primeiro emprego, dificuldades em conseguir casa própria e autônoma, dificuldades em angariar autoestima para uma futura condição de paternidade ou de maternidade - tudo isto, que são apenas meros exemplos, prolonga, na nossa sociedade, o tempo da adolescência.

A gravidez da adolescente é, na maior parte das vezes, a parte descoberta de um iceberg de estresse, cuja base estrutural estará, com grande probabilidade, sobreposta às condições de um passado que, por sua vez, terá sido também determinante de estresse da família na geração anterior.

Quando, na nossa sociedade, porventura não com as nossas expectativas, um casal de jovens reúne coragem para finalmente casar, ou viver conjuntamente, configura-se com questões

que, muito frequentemente, fazem adiar decisões, se bem que não adiem uma ansiedade que é, desde cedo, experimentada.

Quando poderemos nós ter o nosso primeiro filho? Seremos nós capazes de o educar, tanto mais que, provavelmente, vai ser o nosso único filho? Seremos nós capazes de tomar conta dele e de lhe dar tudo o que ele precisa, logo desde pequenino, de modo a favorecer todas as suas potencialidades? - estas são as interrogações que ouvimos, cotidianamente, na nossa vida clínica. A falta de informação na escola, a ausência de bons programas de televisão dirigidos à formação familiar, nomeadamente, sobre bebês e cuidados parentais e, ainda, o estresse que paira sobre a cabeça dos jovens relativo ao grau crescente de exigência técnica em tudo o que é execução, perturbam, de fato, a construção do sonho e da autoestima, no caminho para uma competência que se julga ser, cada vez mais, indispensável.

As expressões de falência e de desencontro são, neste contexto, inevitáveis. Assim, a gravidez acidental poderá significar que os pais desejavam no fundo ter um bebê, bebê esse adiado, porventura subconscientemente, por falta de confiança em si próprios. Por outro lado, a família nuclear, cada vez mais dominante na nossa sociedade de solidão, não viabiliza apoios, nem uma aprendizagem de experiências e de valores, quando eles são especificamente necessários. Quando um casal se dá conta de que espera um bebê, dá-se conta, simultaneamente, que fazer um bebê é algo muito distinto de cuidar dele.

A preparação parental passa então por um processo de autoavaliação que, quase sempre, é doloroso. Habitualmente, os pais não têm oportunidade, enquanto o seu filho é gerado, para viabilizar as suas ansiedades, as suas dúvidas, os seus anseios. No entanto, sabemos hoje como a gravidez é, em si mesma, uma oportunidade por excelência para canalizar velhas experiências relacionais com origem nos períodos sensíveis e quase sempre precoces da vida de cada pai e de cada mãe, adaptá-las à nova circunstância expectante e aproveitar toda essa força, feita de frescura e de flexibilidade, para uma adaptação sensível ao novo bebê.

A ambivalência tão frequentemente vivida na gravidez, expressa por enjoos, sobrealimentação, agravamento de hábitos, nomeadamente tabágicos ou outros e que se concentram nas perguntas ansiosas que todos bem conhecemos – “terei feito mal ao meu bebê?”, pode, no entanto, ser habilmente aproveitada em uma efetiva intervenção pré-natal.

Por outro lado, se bem que todas estas expressões de vivência de uma expectativa sejam oportunidades fundamentais para intervenções de apoio, não há dúvida que a fase antecipató-

ria, identificada com a mudança na constituição familiar, é uma fase de risco.

### ***As construções socioculturais***

Estamos hoje bem conscientes dos vazios que a cultura da sociedade contemporânea criou ao instituir novos hábitos que, em termos antropológicos, destruíram e destroem alicerces minuciosamente arquitetados e experimentados em séculos e séculos de existência humana. Refiro-me, entre outros, aos seguintes fatos:

1. A institucionalização da gravidez e do parto, que o modelo bio-médico depressa identificou como mais um processo patológico para ser vivido no meio hospitalar. Entre outras consequências, este modelo tem conduzido à despersonalização de uma experiência toda ela edificada em um pressuposto de uma relação significativa entre pessoas, que importa ajudar a descobrir e a fortalecer.

2. A generalização do modelo autoritário que desfavorece condições para os técnicos de saúde se situarem como educadores, julgando-se, em contrapartida, fiéis depositários do conhecimento e da ciência. Como se sabe, esta atitude pode condicionar uma insensibilidade face a um processo que exige, acima de tudo, promoção e organização das competências existentes, por poucas que elas sejam.

3. A separação do casal, porventura na fase mais crítica e sensível da sua existência, sobretudo no que respeita à oportunidade de criação de laços. Com efeito, não se permitir, ou só se permitir mediante condições, a presença ativa do pai durante o parto, implica nele sentimentos do seguinte tipo: “acham que não presto, que não sou capaz de ajudar a minha mulher, no fundo não sirvo para ajudar o meu filho logo na primeira vez em que ele precisa de mim”.

4. A oficialização da não concessão de prioridade às relações interpessoais. Reconhecer que, na fase mais significativa da vida, tanto para o bebê como para os pais, não há espaço para uma vivência de relações significativas, seja entre pai e mãe, seja entre mãe e avó, entre mãe e amiga ou entre mãe e doula\*, é de fato reduzir o nascimento a mais um epifenômeno de uma rotina biomédica.

---

\* Doula é, em várias culturas, alguém que acompanha a mãe no parto, reduzindo a sua ansiedade e garantindo o seu equilíbrio afetivo.

5. A não promoção de oportunidades para um reencontro de sentimentos e o reinício de múltiplas descobertas entre mãe e bebê, assumindo uma estratégia supostamente protetora da “saúde” do recém-nascido, é, ainda neste contexto, continuar a defender uma Neonatologia contra uma Bebologia, ou, melhor, uma real Ecologia Médica da Família.

6. O não aproveitamento do contato precoce para o início também precoce da amamentação, hoje tido como fator fundamental na promoção do seu sucesso, continua a ser uma promoção indireta de um marketing de multinacionais.

7. O não apoio ao processo da gênese familiar é dar uma mão ao estresse, retirando essa mão à família e ao bebê, sobretudo a este que vive ao nascer a sua primeira e também maior experiência de estresse a carecer de estratégias significativas de apoio à sua capacidade potencial em tentar regular todos os condicionantes antagônicos da sua homeostase.

Acresce a todos os fatores enunciados a crise social da família, na nossa sociedade. A criança de hoje cresce na dimensão da ruptura familiar. Não temos uma estatística completa desta realidade em Portugal, mas calcula-se que o número de separações já ultrapassou o limiar crítico da confiança entre jovens. Os números são próximos aos dos Estados Unidos, onde se sabe que mais de metade dos casamentos celebrados no início do novo milênio estarão em breve desfeitos e, para além disso, que mais de 60% das crianças nascidas até o ano 2020 viverão a maior parte das suas vidas em uma família monoparental.

Sabemos agora através dos estudos recentemente publicados que, ao contrário do suposto, as crianças das famílias em estresse sofrem tanto antes como depois do divórcio dos pais - e que esse antes representa, na grande parte das vezes, anos de sofrimento. Temos, porém, a noção de que em Portugal o defasamento da família é sobretudo ativo na porção submersa do iceberg. Por outro lado, os índices de nupcialidade e os de natalidade continuam em baixa, o que, indubitavelmente, agrava o ciclo de solidão e de estresse.

Acresce a estes fatos a circunstância de que aumentarem incessantemente novos fatores de estresse em períodos sensíveis do desenvolvimento familiar.

### *Novos fatores de estresse*

Citarei alguns exemplos inequívocos de *touchpoints* da infância. A seguir ao nascimento, com o inevitável gasto de energia no ajuste a uma nova homeostase, surgem as cólicas dos dois

primeiros meses, muitas vezes resolvidas, ao fim do dia, com o aconchego do pai; depois, com a entrada para a creche, ao terceiro ou ao quarto mês de vida do bebê, surgem as primeiras doenças; vêm a seguir a ansiedade da separação no final do primeiro ano de vida; as primeiras desadaptações educacionais; as primeiras manifestações de ciúme; as experiências de insucesso; as crises da adolescência. Estes são meros exemplos de desadaptação e, entre eles, escolherei como foco exemplar de um estresse familiar do nosso tempo a entrega precoce do bebê na creche, quando os pais são ambos trabalhadores.

Os próprios *media*, com os seus conselhos, fomentam e desenvolvem um estresse que já existe de base. De uma forma geral, as mães trabalhadoras têm, em cima de si, o estresse da sua carreira profissional, a responsabilidade do trabalho caseiro, por vezes a pressão social de serem confrontadas, demasiado cedo, com a inevitabilidade da entrega do seu bebê a alguém que, por princípio, é tido como mais competente em várias áreas, sobretudo na da Educação.

Esta entrega é, neste contexto, a experiência de um sentimento de perda e de incompetência, necessariamente lesivo da autoestima que não teve sequer oportunidades de ser sedimentada em termos de afirmação parental. A consequência do que tenho vindo a descrever é a síndrome de abandono que faz a mãe confrontar-se em um quadro de competição que, afinal de contas, favorece os seus subjacentes sentimentos de incapacidade, de culpabilidade e de desespero. Numa tentativa compensatória, nomeadamente, de autoajustamento, a mãe desenvolve três mecanismos de defesa fundamentais: negação da realidade, projeção e desapego.

Para além do fato de estes mecanismos serem, só por si, uma circunstância de estresse, a não existência de uma intervenção adequada e atempada é suscetível de ferir, com eventual gravidade, o complexo processo da vinculação, o qual sabemos hoje ser algo de estruturante, nomeadamente, da própria consciência de família.

Trabalhar não é, em si próprio, antagônico da gênese dos laços mais significativos, tal como não inviabiliza o amor. Porém, não devemos esquecer que as expectativas da vida socioeconômica, em Portugal, em uma tentativa de aproximação a dos outros países europeus, condiciona e empurra hoje os nossos trabalhadores da classe média a ultrapassarem o seu limiar de adaptabilidade conciliatória em face do trabalho, do lazer e da vida familiar. Com efeito, entre outras opções, fazer privilegiar a todo o custo uma melhoria das condições econômicas, será, em muitos casos, um mecanismo de defesa perante as responsabilidades e deveres, que são, já de si, uma circunstância de estresse para os jovens pais.

A criança vive assim, cada vez mais, nas fronteiras de uma vida de estresse e eu diria mesmo que estamos a assistir, nos nossos dias, à abolição progressiva dessas últimas fronteiras. Apesar da situação que é de alarme, creio nas soluções que estão ao nosso alcance. Estas soluções passam por uma intervenção primária dos técnicos de saúde e de educação, quando inspirados em um modelo não meramente biológico, mas sim transacional, que os faça sentirem-se tão educadores como interventores de saúde.

A filosofia da intervenção precoce, dirigida prioritariamente à família, é centrada no bebê. Fundamenta-se na partilha com os pais da descoberta de competências do bebê, mesmo ainda antes de nascer, viabilizando uma maior atenção e motivação dos pais para as características individuais dos seus filhos.

Este modelo pressupõe, obviamente, estratégias adequadas e coerentes dentro de uma Nova Pediatria, em função tanto do desenvolvimento infantil como do desenvolvimento familiar e implica, necessariamente, uma outra prática dos Cuidados Primários de Saúde.

Creio ser este o caminho para a prevenção dos efeitos nocivos do estresse na criança e na família, porque essa intervenção viabilizará o estabelecimento de uma comunicação de apoio e confiança suscetível de reduzir a ansiedade e proporcionar a partilha de estratégias de adaptação.

### ***Experiência profissional***

Temos uma experiência de vinte anos de intervenção precoce, a qual surgiu depois de termos estudado cuidadosamente o estresse no recém-nascido.

No estudo da dimensão da regulação do estresse, obtido a partir de alguns itens da escala de avaliação neuro-comportamental de Brazelton, pode constatar-se que o estresse é uma realidade fundamental com que o recém-nascido continua a debater-se, porquanto os seus sistemas de regulação autônoma estavam já em plena função nos estágios finais da vida fetal.

O bebê utiliza estratégias várias para compensar os seus tremores, os seus sustos, a sua extrema labilidade também expressa nas mudanças constantes da cor da pele. À medida que os seus sistemas interiores de organização estão mais maduros, as expressões de estresse vão diminuindo e o bebê fica, assim, mais disponível para outras atividades, que são o objetivo último das suas opções. Uma destas opções fundamentais é, sem dúvida, o aperfeiçoamento do seu

alerta que viabiliza a sua disponibilidade para a interação.

Podemos constatar uma melhoria significativa dos resultados relativos aos itens de estresse desde o 1º ao 28º dia de vida, o que significa que a organização do bebê em face do estresse se vai aperfeiçoando ao longo deste seu primeiro mês de vida.

O estudo do estresse no bebê e na família fez-nos projetar, nestes últimos anos, algumas investigações tendentes a analisar o efeito de algumas medidas de intervenção suscetíveis de aproveitar aquele estresse de modo a favorecer outros sistemas de apoio à vinculação precoce na família.

Uma destas intervenções estudadas foi a consulta pré-natal de contexto pediátrico. São várias as oportunidades que este tipo de intervenção pode proporcionar: partilha com os pais da descoberta das competências do feto, garantir uma relação de confiança pediatra-família, obtenção de uma boa história familiar, planeamento de um parto natural, prevenção do estresse no pós-parto imediato (planeamento do contato precoce, *rooming-in*, partilha das descobertas individuais do bebê), enfim, todo um favorecimento da gênese familiar em um bom ambiente afetivo.

Em um tempo que corresponde afinal ao de uma consulta, o pediatra pode iniciar uma relação extremamente significativa com os pais, pela qual passa toda uma clarificação e apoio à gênese de uma vinculação que pressupõe adequar o bebê fantasiado ao bebê real, sempre cada vez mais real para os pais, através das sucessivas observações ecográficas.

Por exemplo, a aparência ecográfica de um bebê, quatro meses antes de nascer pode ser de fato desmistificadora de sonhos e medos e proporcionar um diálogo sobre as suas competências e comportamentos. Os fantasmas que a mãe cria nas suas fantasias são, por vezes, geradores de estresse.

Na consulta pré-natal, os pais verbalizam, por exemplo, as reações que o seu bebê vai tendo em função das várias experiências exteriores e tomam consciência, então, de que o bebê, embora tão dependente no seu nicho pré-natal, tem já os seus próprios ritmos biológicos e a sua vontade própria, conseguindo já controlar o seu próprio estresse, o que é expresso, por exemplo, no comportamento de levar a mão à boca.

Entendemos que o estresse, fazendo, assim, parte da nossa vida, terá que fazer, também,

parte das nossas metodologias de intervenção. Em termos interpretativos, direi que em condições ditas normais, os nossos sistemas de regulação interna conseguem mobilizar estratégias que viabilizam, afinal, a reposição da homeostase. Porém, em situações de risco - entenda-se que, de excepcionais, estas situações estão a tornar-se, progressivamente, mais correntes -, a nossa organização intrínseca pode entrar em falência, surgindo então a disfunção e o próprio caos. Se isto é válido para o adulto, é, sobretudo, crítico para o bebê e para a família, em particular no período sensível da sua gênese.

É por tudo isto que é urgentemente preciso modificar as estratégias de intervenção nos Cuidados Primários, nomeada e especialmente em Saúde Materno-Infantil ou, melhor dizendo, em Saúde Familiar. Obviamente que a alteração dessas estratégias será a consequência da mudança de uma atitude, quando for reconhecido ter que ser outra a filosofia. Obviamente também, a viragem de uma filosofia tem que suceder à demonstração de fatos, o que só pode surgir através da investigação. Creio ter sido esta práxis o objetivo dos últimos vinte anos da nossa vida científica e profissional, partilhada em grupo.

Através do estudo do estresse, temos compreendido melhor quem é o bebê de hoje, que é gerado e criado no seio das famílias que vivem na nossa atual sociedade de estresse. Sentimos que é preciso, já, acionar o sinal de alarme. Apesar das limitações impostas, acreditamos que o alarme soa. Queremos que ele soe dentro de cada um.

O barulho interminável desse alarme acabará por acordar os políticos pelo que temos de estar preparados, desde já, para as sugestões a fornecer. Creio que todas elas são desdobramentos de uma descoberta fundamental que é preciso ajudar a fazer: identificar o sofrimento da criança com estresse! Não é preciso, nem sequer desejável, tirar-lhe todo o estresse; é só preciso dar-lhe uma mão certa, forte e quente, sobretudo quando essa criança, em bebê, aprende que o Amor é, também, uma mão que nos segura.

## ***Desenvolvimento psicológico precoce: histórico e algumas questões teóricas***

*Antoine Guédeney*

---

Os três primeiros anos de vida representam o período de maior desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e interpessoal das relações afetivas. Nenhum outro período da vida realizará uma transformação tão grande quanto essa em tão curto tempo, resultando na formação de um ser humano, sociável, dotado de linguagem e no qual podemos observar desde os dois aos três anos numerosas funções já amadurecidas. A natureza dos mecanismos de desenvolvimento psicológico permanece, no entanto, ainda enigmática e controversa, especialmente em relação a sua regulação e sua dinâmica. Para Arnold Gesell, um pioneiro no estudo do desenvolvimento precoce, a maturação designa o conjunto dos fatores endógenos do desenvolvimento e evoca a ideia de uma série de mudanças estritamente ordenadas, numa ordem invariável e inevitável, que pode ser avaliada quantitativamente. Atualmente, o desenvolvimento é considerado mais como o resultado de várias forças internas e do ambiente, com uma parte significativa dedicada às interações gene / ambiente e aos efeitos epigenéticos.

De fato, os métodos de observação recentes têm revolucionado o desenvolvimento dessas questões por meio da análise de vídeos curtos em que é utilizada a sucção não nutritiva, mas também a oportunidade de ver o funcionamento do cérebro do bebê, através de imagens funcionais (PET scan ou ressonância magnética). A microanálise em vídeo permite seguir o olhar do bebê, uma maneira privilegiada de conhecer as reações das crianças pequenas.

Numerosas questões se colocam em relação tanto aos aspectos normais quanto patológicos do desenvolvimento precoce. Quais são as influências recíprocas dos diferentes “módulos” do desenvolvimento em relação à linguagem, à cognição e, em um sentido mais amplo, à coordenação motora e ao apego? Até que ponto as trocas interativas modelam o desenvolvimento? O que é inato ou adquirido? Quais são os mecanismos do desenvolvimento e da sua resiliência?

### ***A questão do desenvolvimento***

O uso da observação de bebês para tentar compreender as leis de seu desenvolvimento é antiga, ela começou com Taine, Rousseau, Fénelon e continuou com Darwin e seu filho Doddie

e o primeiro estudo científico de desenvolvimento de um bebê, em seguida Théodule Ribot, o suíço Jean Piaget e seus três filhos, Freud e seu neto com o jogo do “Fort Da”, o americano Watson com o bebê Albert e o condicionamento operante, e o último que trabalhou com esse tema foi provavelmente o francês René Zazzo, em 1943, que observou em seu filho pequeno a capacidade de imitação, de maneira bem mais precoce do que indicava a teoria de Piaget. Cada um utilizou de maneira parcial, mas sempre criativa, as observações feitas com os bebês para esboçar um modo específico de leitura do desenvolvimento do ser humano. Mas, longe de ser uma janela aberta sobre os fundamentos da psique do adulto, o comportamento infantil é radicalmente indeterminado, cada um dos teóricos atribuem significados diferentes: no campo sexual está Freud; no protorracional está Piaget; no condicionamento, Watson; no apego primário está Bowlby, e no ambiente social mais amplo estão Wallon e Vigotsky. Freud mostrará toda a importância da infância e particularmente do desenvolvimento da libido precoce na formação da personalidade adulta. Piaget mostrará que a primeira infância é considerada como um campo de pesquisa científico na psicologia. Se Wallon e Vygotsky – os marxistas do desenvolvimento precoce – consideraram desde cedo o bebê como uma pessoa inteira, sujeita a influências sociais e culturais, nós vemos atualmente quanto o desenvolvimento pode ser também utilizado em uma perspectiva simplista, orientado por uma concepção restrita e coerciva da influência genética e que visa reduzir o campo da psicopatologia, limitando a área do desenvolvimento apenas à maturação e reduzindo a influência das relações precoces. Os defensores de uma epigênese pré-determinada acreditam que as mudanças qualitativas são predominantemente de origem genética e que o ambiente não interfere, ao contrário dos defensores da epigênese comportamental ou probalística, que acreditam na influência central do ambiente para o desenvolvimento psicológico.

### *Biologia e psicologia do desenvolvimento*

A psicologia contemporânea do desenvolvimento enfatiza a unidade biológica e sociológica do organismo em desenvolvimento, tanto agindo quanto reagindo em seu ambiente. Um debate opõe os defensores do condicionamento como modo essencial para aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo (ponto de vista behaviorista ou comportamental), de Watson e Skinner, e a posição que defende que seja tomada em conta no desenvolvimento a importância das relações precoces, as interações entre pais e filhos e o apego. Em contraste, para os “empiristas”, a experiência é o mais importante no desenvolvimento. O grande progresso na compreensão do funcionamento dos genes observado nas últimas décadas mudou profundamente o debate, mas sem fazê-lo desaparecer. A capacidade dos genes para “ligar” e “desligar” o seu funcionamento invalida em parte a oposição entre influência genética hereditária e a influência

ambiental, na medida em que suas atividades podem ser influenciadas pelo meio.

O modelo da psicopatologia passa, assim, de uma forma didática e causal direta, onde a psicopatologia é o resultado dos transtornos da relação entre mãe e filho, a um modelo sequencial e sistêmico, familiar, precedido por etapas, em função da intensidade dos fatores de risco e de resiliência e um modelo de suscetibilidade genética influenciada pelo ambiente.

### *Os modelos teóricos do desenvolvimento psicológico*

O construtivismo de Piaget permanece ainda como um modelo influente de desenvolvimento cognitivo. Para Piaget, a criança nasce sem estrutura intelectual, mas é dotada de uma capacidade inata de agir sobre o mundo. A criança constrói gradualmente o conhecimento do mundo, agindo sobre ele, como diz Goethe, em Fausto, “No princípio era o ato”. Ele cria “esquemas de ações”, que são estruturas sensoriais motoras que usam os dois modos de ação principais: assimilação e acomodação. Sabemos que o bebê nasce, de fato, com habilidades inatas importantes (categorização, número, capacidades transmodais etc.).

Para Vigotsky, cujas ideias permaneceram por muito tempo desconhecidas no Ocidente, o desenvolvimento ocorre na área chamada de desenvolvimento proximal, onde o adulto leva a criança para um ponto um pouco além das suas capacidades atuais, a um nível em que a criança só chegará sozinha mais tarde. Para ele, o princípio fundamental é que o conhecimento existe primeiramente entre a criança e seus pais para depois se tornar uma propriedade da criança. Esta é a base da pedagogia e do apoio do funcionamento da criança sobre aquele do adulto. Nesta perspectiva, as interações entre pais e filhos desempenham um papel importante no processo de desenvolvimento. Para Stern o mecanismo interativo de harmonização afetiva tem um papel essencial no desenvolvimento da intersubjetividade. Esse processo de criação de um “eu” subjetivo é baseado nas capacidades transmodais do bebê, colocadas em evidência por Meltzoff e Borton, que resolveram a velha questão de Aristóteles sobre a unidade ou a diversidade dos sentidos. Para Trevarthen, a questão central do desenvolvimento precoce foi erroneamente focada na consciência do objeto e não na consciência que a criança desenvolve das pessoas. Em vez disso, segundo ele, a inteligência racional, a cognição e as preferências perceptivas devem ser consideradas como secundárias ao processo sustentado pela intenção e emoção nas interações. Ele propõe que a motivação para se comunicar seja sustentada por uma capacidade inata de ser receptivo aos estados subjetivos do outro.

Assim pode-se vislumbrar uma nova forma de entender as ligações do desenvolvimento

precoce e da psicopatologia. A cognição já não está mais no topo da pirâmide e a emoção influencia o desenvolvimento da cognição, tanto quanto lhe permite o desenvolvimento progressivo da capacidade de inibição pré-frontal. O atual modelo de desenvolvimento é, assim, do tipo ecológico e considera que o objetivo do desenvolvimento é o sistema organismo-ambiente. O processo de desenvolvimento é considerado como uma constante interação entre a estrutura do conhecimento da criança com o mundo. O organismo, neste caso o bebê, é visto como um pesquisador ativo em busca de informação e estimulação em um ambiente cuja a natureza é determinada pela capacidade do corpo em extrair e processar a informação. Há, portanto, uma parte considerável tomada pelo contexto social e cultural no processo de construção das estruturas mentais, na medida em que os pais podem mais ou menos bem mostrar o mundo para a criança, fragmentá-lo em elementos significativos para ela e adaptados à sua capacidade de aprender.

Quanto aos mecanismos do desenvolvimento precoce, eles permanecem hipotéticos, mas sabemos que não existe apenas um único mecanismo causal, como havia pensado Watson com o condicionamento. Conforme enfatiza Rochat, os bebês incorporam a mudança e ainda temos muito a aprender sobre a maneira como eles mudam.

---

### ***Bibliografia***

Bowlby J. *Attachement et perte*. PUF. Paris. 1978.

Bronfenbrenner, U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge University Press, MA, 1979.

Darwin, Ch. *The expression of the emotions in man and animal*. London, John Murray, 1872. Trad française: Payot, Paris, 2002.

Freud S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1924, traduction B. Reverchon-Jouve Paris, Gallimard, 1962.

Gesell, AL. *Infancy and human growth*, Macmillan New York, 1928.

Meltzoff A.N., Borton, R. W., *Intermodal matching by human neonates*. *Nature*, 1979, 282, 403-404.

Piaget J., *Le langage et la pensée chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1923.

Rochat, P. *Le monde des bébés*, Odile Jacob, 2006.

Stern D.N., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1989, Paris PUF, traduction française A. Lazartigues et D. Perrard, Basic Books, New York, 1985.

Trevarthen C., Aitken K.J., *Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications*. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 2001, 42, 1:3-48. Traduction française, *Devenir*, 2003, 15, 4:309-425.

Vigotsky L.S., *Pensée et langage*, Editions Sociales, Paris, 1984 Cambridge : MIT Press, 1962.

Wallon H. *De l'acte à la pensée. Essai de psychologie comparée*. Flammarion, Paris, 1970.

Watson, J.B. *Psychology as the behaviourist views it*. *Psychological Review*, 1913, 20:158-177.

*Tradução cortesia do Instituto Sidarta com revisão técnica de Jaqueline Wendland*

## ***Parentalidade pós-moderna na primeira infância***

*Maria Cristina Milanez Werner*

---

### ***I - Introdução***

Em tempos de crescente abandono de incapazes e de todas as formas de violência<sup>1</sup> (WERNER, 2010, 144p.) contra bebês e crianças pequenas, por parte dos pais biológicos, adotantes e/ou socioafetivos<sup>2</sup>, chama a atenção o quanto a primeira infância, especialmente a criança de zero a três anos, ainda precisa ser alvo de proteção (por parte dos Órgãos de Defesa dos Direitos da Criança) e de alerta constante, vigilância e denúncia (por parte de toda a sociedade).

Apesar de existirem fatos desta natureza, narrados, ao longo da história da humanidade, tanto em livros históricos (como a matança dos inocentes, descrita na Bíblia<sup>3</sup>), como em registros em órgãos policiais e de vigilância (com o holocausto de crianças judias e ciganas, na II Guerra Mundial), episódios desta natureza, quando cometidos nos dias de hoje, geram perplexidade na população uma que vez, há pelo menos cinquenta anos, o bebê e a criança, como pessoas em situação especial de desenvolvimento, ganharam status de Sujeito de Direito<sup>4</sup> e se tornaram foco especial de atenção, com a adoção definitiva da Doutrina Jurídica da Proteção Integral<sup>5</sup>. Não só no Direito, mas também nas demais Ciências, a criança foi sendo observada, analisada, acolhida e tratada em suas peculiaridades, como na Pedagogia (por exemplo, com a construção de mobiliário colorido e menor, mais adequado a seu tamanho, idade e interesse<sup>6</sup>), na Medicina (por meio das especializações de Pediatria, Neonatologia, Psiquiatria da Infância

---

<sup>1</sup> *Violência física, violência psicológica, negligência e ofensa sexual ou os chamados - equivocadamente - “maus-tratos” (WERNER, 2012).*

<sup>2</sup> *Aqueles pais e mães que, por falta de nomenclatura mais adequada, são chamados de “padrastos” e de “madrastas”, pois assumem a parentalidade de pais e mães que ainda estão vivos e não mortos ou desaparecidos. Na morte, sim, estas duas denominações estão corretas.*

<sup>3</sup> *Novo Testamento, Evangelho de Matheus, Capítulo 2, versículos 16 a 18.*

<sup>4</sup> *A Declaração dos Direitos da Criança de 1959 e a Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989 são os marcos decisivos na construção de novas políticas públicas voltadas à proteção da infância.*

<sup>5</sup> *Esta doutrina baseia-se na concepção de que criança e adolescente são sujeitos de direitos universalmente reconhecidos, não apenas de direitos comuns aos adultos, mas, além desses, de direitos especiais, provenientes de sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, que devem ser assegurados pela família, pelo Estado e pela sociedade.*

<sup>6</sup> *Como o proposto pela médica e educadora italiana Maria Montessori (1870-1952).*

e, mais recentemente, Psiquiatria Perinatal) e na Psicologia (nas oitavas de crianças, nas Varas de Família, no modelo “Depoimento Especial”<sup>7</sup>).

A partir do momento em que a criança ganha visibilidade em suas idiossincrasias e perde a aura de “adulto em miniatura”, passando a ser vista com um ser com demandas singulares, próprias da infância, necessitando do processo de mediação (VYGOTSKY, 1999) para entender o mundo, de acolhimento de suas peculiaridades (MILANEZ, 1998), para se sentir segura e de cuidados básicos de parentagem (WINNICOTT, 1982) para se sentir vinculada afetivamente à figura significativa era de se esperar que estas informações, sobre quem é este ser tão especial chamado criança, já fossem capazes de protegê-la, plenamente.

O que aconteceu, no desenrolar dos últimos anos, na construção social da parentalidade pós-moderna, que, a despeito de tanto conhecimento amealhado e das modificações estruturais, no papel de pai e de mãe, ainda assim não foi capaz de alterá-los para uma dinâmica de melhor qualidade com seus filhos?

## ***II - Transformações históricas mais recentes que alteraram o “modus operandi” da parentalidade<sup>8</sup>***

As últimas seis décadas – que foram iniciadas a partir dos anos 50, logo após o término da II Guerra Mundial, ultrapassaram os anos 90 e iniciaram a primeira década do novo milênio - trouxeram uma enxurrada de modificações, que desabaram em cima da estrutura tradicional de família, formada por pai, mãe e filho<sup>9</sup>, com a qual a sociedade estava acostumada a lidar. Estas transformações geraram uma confusão de papéis na parentalidade pós-moderna. Até metade do século passado, as mães assumiam integralmente os cuidados dos filhos e do domi-

---

<sup>7</sup> A tentativa de que crianças e adolescentes sejam ouvidos, nos processos jurídicos, de forma diferenciada e protegida. Este modelo foi aprimorado a partir do chamado “Depoimento sem Dano” que, por sua vez, foi desenvolvido inspirando-se nas antigas “Câmaras de Gesell”, médico e psicólogo americano (1880-1961).

<sup>8</sup> Esta análise se baseia em ideias originais desta autora, que foram apresentadas, pela primeira vez, no VIII Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, em agosto de 2008, em Gramado (WERNER, 2008); posteriormente, foram ampliadas e apresentadas em um evento na EMERJ (Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro), no Fórum Permanente da Criança, do Adolescente e da Justiça Terapêutica, em maio de 2010, no Rio de Janeiro (WERNER, 2010) e de forma resumida no Senado Federal, em evento sobre a Primeira Infância e Cultura de Paz, em novembro de 2011, em Brasília.<sup>6</sup> Como o proposto pela médica e educadora italiana Maria Montessori (1870-1952).

<sup>9</sup> Mais detalhes, ver Werner (2012), capítulo 2, subtítulo “Evolução histórica da família e do conceito de família”.

cílio<sup>10</sup>, permanecendo em casa, usando a expressão “do lar” como identidade pessoal e atuando “da porta de casa para dentro dela”,<sup>11</sup> em atitude submissa e passiva. Os pais, ao contrário, concentravam suas atividades da “porta de casa para fora dela”, em atitude ativa e arrojada, às vezes até agressiva, sendo responsáveis, unilateralmente, pelo sustento do lar. Tal dicotomia, se por um lado representava uma situação estanque e injusta para ambos os lados, já que o homem era o único provedor da casa e a mulher a única cuidadora da casa e dos filhos, por outro lado gerava uma homeostase familiar (HALEY, 1998) que trazia segurança, pela clareza com que estes papéis se definiam, não gerando angústia, se tais funções fossem plenamente acatadas por ambos, uma vez que estes papéis, de como deveriam ser um pai e uma mãe, estavam dentro do ideário da sociedade da época, independentemente de classe social.

Mas quais foram, então, as mudanças, no casal e na família, que influenciaram a qualidade da saúde, física e emocional, das gestantes, das mães, dos pais, dos bebês e das crianças? Segundo Werner (2008; 2010), dentre tantos acontecimentos marcantes destas últimas seis décadas (1950-2010), alguns se sobressaem, a saber:

### *1 - Anos 60: o aparecimento da pílula anticoncepcional (1960) e o Festival de Woodstock, nos Estados Unidos (1969)*

1.1 - O surgimento da pílula anticoncepcional gerou liberação corporal, no que tange ao aspecto somático, e influenciou social e psicologicamente a mulher.

Pela primeira vez na história da humanidade foi possível separar, com segurança e facilidade, sexo para fecundação de sexo somente para prazer.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Postergação da maternidade:** O casal (e mais especialmente a mulher) pôde adiar e programar a chegada de seus bebês para quando mais lhes aprouvesse. Em geral, para o bebê, esse aspecto têm sido proveitoso, uma vez que ele, ao finalmente nascer, encontrará pai e mãe mais amadurecidos, biológica e psiquicamente; e também em condições sociais e econômicas mais favoráveis para proporcionar a ele ambiente com mais estabilidade emocional e material.

---

<sup>10</sup> Entretanto, em países em que houve confronto direto (grande parte dos países da Europa) ou que tiveram presença marcante na II Guerra Mundial (como os EUA), as mulheres foram requisitadas a exercer papéis laborais em fábricas, escritórios e hospitais.

<sup>11</sup> Até hoje a sociedade tenta perpetuar esta dicotomia, presenteando meninas com brinquedos para serem utilizados dentro de casa (panelinhas e bonecas), e meninos com brinquedos para serem utilizados fora de casa (pipas, bolas, carros, aviões) ou de força e brutalidade (super-heróis e monstros).

b) **Primíparas idosas:** Esse alargamento do momento da primeira gestação fez com que um grande número de mulheres se tornasse mãe com mais idade. Esse fator gera necessidade de cuidados pré-natais mais robustos, onera os cofres públicos e põe em risco a saúde do bebê. No que se refere ao aspecto biológico, o período mais propício para gestação e parto vai dos vinte aos vinte e cinco anos, fase de vida em que acontece grande número de partos na classe popular – em busca de redenção social por meio de outro papel social, via maternidade (DADOORIAN, 2000). Porém, na classe média e na classe mais abastada, em função não só da pílula, mas também dos demais métodos contraceptivos, são muitas as primíparas consideradas idosas para o primeiro filho (depois dos trinta anos). Além disso, enquanto as mães de classe popular, geralmente, têm seus filhos por parto normal, essas primíparas consideradas idosas (ou quase idosas) para esse momento têm seus bebês por meio do parto cesáreo, o que acarreta mais tempo de recuperação física da mãe e, conseqüentemente, mais dificuldade de estar plena, de pronto, para a interação com seu bebê que, segundo alguns estudos, também teria desvantagens, se comparados com aqueles de parto normal<sup>12</sup>.

c) **Entrada da mulher no mercado de trabalho e, conseqüentemente, dos bebês nas creches:** Com o controle da natalidade por parte da mulher e natural postergação da maternidade, as empresas sentiram-se mais confiantes em empregar mulheres, uma vez que, economicamente falando, uma gestante é considerada “um peso” para os empregadores, já que a licença maternidade atualmente no país é de quatro meses, o que gera, além do afastamento do trabalho, encargos sociais diversos. Como a experiência adquirida no trabalho é emocional, social e financeiramente atraente para a mulher, ela deseja, apesar de ter seu adorável bebê, voltar a trabalhar e continuar a se desenvolver plenamente como mulher, profissional e cidadã. Entretanto, como o pai é obrigado a voltar às suas atividades laborais precocemente (porque tem, injustamente, somente cinco dias de licença paternidade<sup>13</sup>), a mãe terá que recorrer às creches (nem sempre existentes e nem sempre com vagas), às próprias mães, às sogras ou a outro familiar<sup>14</sup>; poderá ter de se valer de situações altamente desfavoráveis ao bom e pleno desenvolvimento de seu bebê, deixando-o com pessoas que se intitulam “cuidadoras” (mas sem formação para esta tarefa, que recebem, em seu domicílio, mais crianças do que têm condição de acolher,

---

<sup>12</sup> Recentemente, uma pesquisa desenvolvida pela USP de Ribeirão Preto (SP), em estudo longitudinal, sugeriu que crianças nascidas de cesárea têm, aproximadamente, 60% mais chances de se tornarem adultos obesos e de desenvolverem alergia, de acordo com Bettiol (2012). Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2012/07/bebes-nascidos-de-cesarea-tem-mais-chances-de-serem-obesos-diz-usp.html>. Acesso em: 27 jul. 2012.

<sup>13</sup> A ampliação do tempo de licença paternidade é uma das novas metas do Programa “Pró-Equidade de Gênero”, que é uma iniciativa do Governo Federal, implementada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) que visa alcançar a equidade de gênero, no mundo do trabalho, por meio da adoção de novas concepções na gestão de pessoas e na organização das empresas.

seja por conta de espaço físico diminuto ou pela falta de atenção individualizada que cada bebê precisa e merece para bem se desenvolver). Assim, uma grande parcela de bebês poderá não receber atenção e mediação necessária em momento crucial de seu desenvolvimento, por falta de estrutura de apoio às mães em seu retorno ao trabalho após nascimento dos filhos.

1.2 - O movimento em torno do Festival de Woodstock (1969) e a adoção do lema “Paz e Amor” gerou *libertação afetiva, moral, comportamental e sexual, nos dois gêneros, influenciados pelo uso de substâncias psicoativas*.

Provavelmente pela primeira vez na história da humanidade, o consumo de drogas psicoativas saiu do âmbito dos rituais religiosos para momento de consumo maciço, em situação de descompromisso e lazer (um festival de música). Assim, essas substâncias foram usadas não só por homens adultos e xamãs, mas também por jovens e mulheres de forma coletiva, sem rituais, hierarquia ou qualquer organização para o uso.

#### ***Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família, a sociedade:***

a) **Liberação Sexual:** Sob efeito de drogas psicoativas, que reduzem a censura e afrouxam a rigidez dos comportamentos, incitando a nudez como forma de protesto, esta geração iniciou um modelo mais liberal de convívio com o próprio corpo e com o corpo do outro, com máximas como “Faça amor, não faça guerra”<sup>15</sup>. Assim, com mais liberdade corporal e consequentemente sexual, rompeu-se o pensamento de que é necessário casar para ter relações sexuais e filhos. Alguns fenômenos sociais foram surgindo ao longo das décadas seguintes, reflexo desta modificação de comportamento, como a “amizade colorida”<sup>16</sup> e a “produção independente”<sup>17</sup>. Também no campo legal, o advento da Constituição Federal de 1988 na década seguinte reforçou a autonomia feminina, uma vez que estabeleceu igualdade de direitos e obrigações entre

---

<sup>14</sup> *Infelizmente, às vezes, a única solução desta mãe é deixar seu bebê recém-nascido com um filho mais velho (geralmente uma filha), gerando o fenômeno descrito por Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965 (9) chamado “Processo de Parentalização”, que é extremamente maléfico para o primogênito, pois rouba a infância deste filho mais velho, tornando-o responsável, i.e. “pai/mãe” de irmãos mais novos que ele. Este acontecimento é mais comum quando este último filho é o chamado “filho temporão” [aquele que nasce com diferença de mais de cinco anos para o último irmão nascido].*

<sup>15</sup> *Importante lembrar que os EUA estavam em plena Guerra do Vietnã (1964-1975).*

<sup>16</sup> *Significa o relacionamento onde há interação sexual entre os comprometidos (amigos ou não), como carícias, beijos e relações sexuais, características do namoro. A diferença entre a amizade colorida e a amizade tradicional é devida à intimidade física dos participantes, sendo que não há compromisso de um com o outro, como o de fidelidade. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/sexualidade/amizade-colorida.htm>. Acesso em: 28 jul. 2012.*

*No Brasil, é o relacionamento mais típico das últimas décadas e que influenciou os fenômenos do “ficar” e da “pegação”, comuns entre os adolescentes e adultos jovens, atualmente.*

homens e mulheres, vedando qualquer tipo de discriminação ou privilégio a qualquer dos dois gêneros. Assim, tais mudanças puderam alicerçar o surgimento das chamadas “Famílias Monoparentais ou Mononucleares”, nas quais apenas um dos genitores toma, para si, os encargos maiores na educação e desenvolvimento do filho. Esta figura, popularmente conhecida como “pãe” (figura híbrida que faz às vezes de pai e de mãe) quando não recebe, de fato, qualquer apoio do outro genitor ou de outra figura familiar, fica sobrecarregada e estressada, porque precisa dar conta, sozinha, das inúmeras demandas do bebê e da criança. Este acúmulo de tensão nos cuidados básicos de maternagem e de acolhimento emocional do filho repercute no desenvolvimento psíquico e motor do bebê e da criança pequena, que talvez fique aquém e alterado pela qualidade sofrível de interação que recebe daquele que deveria ser figura de referência, com significação emocional e vincular e com disponibilidade de tempo e de afeto para tal<sup>18</sup>.

b) **Banalização do uso de álcool e outras drogas por parte de pais, de mães e de outros cuidadores de bebês e crianças pequenas:** À medida que o consumo de substâncias psicoativas passou a ser visto como algo “normal” e “moderno”<sup>19</sup> houve banalização, habituação e tolerância, por parte da família e da sociedade. Entretanto, o efeito devastador sobre as famílias foi grande e inúmeros são os casos, divulgados pela mídia, de mães usuárias de cocaína, crack e/ou álcool que abandonaram seus bebês dentro de sacolas plásticas ou em caçambas de lixo. Na medida em que estes responsáveis não conseguem nem dar conta de si mesmos, por estarem, frequentemente, obnubilados, alterados e sem controle sobre seu agir, como vão cuidar de um ser tão frágil e em momento tão crucial de desenvolvimento?<sup>20</sup> Os recém-nascidos de mães que fizeram uso de crack e cocaína durante a gravidez podem apresentar dependência e síndrome de abstinência, uma vez que essas substâncias atravessam a placenta com facilidade. Os problemas neonatais imediatos relacionados ao uso da droga são asfixia, prematuridade, baixo peso e diminuição do tamanho da cabeça. Existe nessas crianças um maior risco de transmissão de HIV e sífilis, que são comuns entre as usuárias<sup>21</sup>. Também o eventual abuso do álcool durante

---

<sup>17</sup> “Produção independente”, ou seja, ter um filho sem parceiro. Disponível em: <http://brasil.babycenter.com/preconception/planejando/idade-filho-biologico/>. Acesso em: 28 jul. 212.

<sup>18</sup> Entretanto, se o genitor responsável por uma família monoparental obtiver suporte de uma rede de apoio - familiar, social ou do Estado - poderá exercer plenamente suas funções com qualidade. A admoestação de “maternar quem materna e cuidar de quem cuida” devem ser norteadora para aqueles que lidam com pais e mães de bebês e crianças pequenas, especialmente aqueles que estão sem parceiro ou sem suporte familiar.

<sup>19</sup> Não usar drogas passou a ser “careta”, isto é, ser retrógrado, ultrapassado, desatualizado.

<sup>20</sup> Eu tive oportunidade de acompanhar audiências nas “Family Treatment Courts” (Corte de Tratamento Familiar), em algumas cidades dos EUA, nas quais mães usuárias de cocaína eram separadas de seus bebês assim que eles nasciam e só podiam retornar ao seu convívio quando estivessem livres das drogas, depois de determinado período de abstinência. Infelizmente, a maioria das mães recaía quando tinha a oportunidade de reaver a guarda dos bebês, pois este fato implicava não só cuidar de si mesmas, mas também deles, tarefa que se tornava, muitas vezes, impossível pela presença, ou pela seqüela, do uso da droga.

a gravidez pode levar à SAF – Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) – que se caracteriza por microcefalia, dismorfias craniofaciais e, algumas vezes, também pela má formação cardíaca e baixo peso. Em tais situações, se a mãe não se tornar abstêmia corre o risco de perder a guarda de seu bebê, que, por sua vez, será abrigado em alguma instituição pública ou em família substituta (ou família acolhedora), aguardando a recuperação da mãe e/ou a iniciativa de algum familiar que assuma a sua tutela temporária. Em casos mais sérios, a mãe e o pai podem sofrer um processo de D.P.F. (Destituição do Poder Familiar)<sup>22</sup> e perder, definitivamente, a guarda de seu bebê, que será encaminhado para adoção. Todos estes passos podem comprometer, profundamente, a estruturação psíquica do bebê, como tão bem já descreveram Bowlby, Spitz e Winnicott, citados por (MILANEZ, 1998) e (WERNER, 2001).

## **2 - Anos 70: aprovação da Lei do Divórcio no Brasil (1977) e nascimento do primeiro bebê humano de proveta na Inglaterra (1978)**

### **2.1 – A aprovação da Lei do Divórcio, no Brasil, gerou *liberação legal*.**

Pela primeira vez em nosso país, as pessoas poderiam, oficialmente, ter seus pedidos de separação conjugal aceitos, dentro das leis brasileiras e seriam liberadas para casar, novamente. O divórcio foi instituído oficialmente com a emenda constitucional número 9, de 28 de junho de 1977, regulamentada pela lei 6.515 de 26 de dezembro do mesmo ano<sup>23</sup>.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Parentalidade socioafetiva:** Com a possibilidade do divórcio e novo casamento, várias pessoas - que viviam casamentos mal ajustados e que postergavam o processo de separação para não serem discriminadas pela conotação vexatória que o aposto “desquitado(a)” conferia

---

<sup>21</sup> A síndrome de abstinência encontrada nestes recém-nascidos inclui choro estridente, dificuldade de sucção, diarreia, vômito, febre, tremores, palidez e convulsões. A longo prazo, crianças que tiveram contato com o crack e a cocaína na vida intrauterina podem desenvolver dificuldade de aprendizagem, atraso do desenvolvimento da linguagem e do raciocínio, prejuízo da memória e da compreensão verbal. A síndrome da morte súbita do lactente está altamente associada ao consumo materno de drogas. As mulheres não devem, sob qualquer circunstância, amamentar seus filhos enquanto estiverem fazendo uso do crack. Além de tudo, é comum o abandono e a violência contra a criança nessas famílias. Disponível em: <http://www.abead.com.br/midia/>. Acesso em: 28 jul. 2012.

<sup>22</sup> Nos casos de extinção por decisão judicial, o poder familiar será exercido unicamente por aquele que não o teve destituído (pai ou mãe). Caso seja destituído o poder de ambos os pais ou caso a criança não tenha outro parente senão aquele cujo poder foi extinto, poderá ser indicado um tutor ou curador para que assuma tal função, ou poderá ser atribuído tal poder aos pais adotivos, se for o caso. Disponível em: [http://www.conjur.com.br/2007-set-24/consideracoes\\_poder\\_familiar\\_destituicao](http://www.conjur.com.br/2007-set-24/consideracoes_poder_familiar_destituicao). Acesso em: 28 jul. 2012.

<sup>23</sup> Foi de autoria do senador carioca Néelson Carneiro este projeto, que à época permitia o divórcio após três anos de desquite ou cinco de separação comprovada.

à época - passaram a entrar com petições em Varas de Família, solicitando seus divórcios. Esta liberação legal gerou o aparecimento das chamadas Famílias Recasadas ou “Famílias Mosaico”<sup>24</sup>, nas quais a tônica, ao invés de ser papai, mamãe e filhos, passou a ser “os meus, os seus e os nossos”. Assim, muitos bebês e crianças pequenas passaram ser criados por “pais e mães socioafetivos”<sup>25</sup> e algumas crianças, nascidas destas novas uniões legais, passaram a ter meios-irmãos, frutos dos casamentos anteriores de seu pai e/ou de sua mãe, bem como tiveram sua família de origem ampliada, ganhando, “por empréstimo”, os avós e tios destes irmãos, pelo lado de cada genitor divorciado. Para os bebês e as crianças pequenas tais modificações foram bem-vindas, pois a constelação familiar assim se amplia, especialmente em momento histórico em que os casais, por diversos fatores, costumam optar por somente um, no máximo dois filhos. Com mais agentes socializatórios, além daqueles da excelência (pai e mãe), estes bebês e crianças pequenas ganharam mais opções de mediação social, tão necessária ao bom e pleno desenvolvimento físico e psíquico do ser humano<sup>26</sup>.

2.2 – O início do desenvolvimento de técnicas de Reprodução Assistida (RA), que gerou *libertação das amarras gestacionais*:

Com o nascimento de Louise Brown, em 1978, o primeiro “bebê de proveta”, o ser humano pode, pela primeira vez em sua história, conceber outro ser humano sem ser através de relação sexual, e sim por manipulação de gametas, em laboratório.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Postergação da maternidade:** O adiar da maternidade, que se iniciou com o aparecimento da pílula, ganhou contornos ainda maiores. Um número grande de mulheres, que somente com o uso de pílulas adiaría uma década a primeira gestação (passaria dos vinte para os trinta anos), passou, agora, a adiar-la duas décadas (dos vinte para os quarenta anos), o que tem gerado mães ainda mais idosas nos primeiros contatos com seu bebê. Se na primeira mudança - a provocada pela pílula - os pais estavam mais maduros e seguros, neste caso todas estas benesses

---

<sup>24</sup> Família recasada ou “Família mosaico” é aquela formada por, pelo menos, um parceiro que foi anteriormente casado, podendo ter tido ou não filhos. O outro parceiro pode ser solteiro, separado, divorciado ou viúvo, e já ter tido filhos ou não. Este novo casal poderá, igualmente, ter filhos ou não. Já descrevi 24 possibilidades de arranjo conjugal e parental no recasamento, o que ilustra quão complexa pode ser a dinâmica dentro de uma “Família Mosaico”.<sup>22</sup> Nos casos de extinção por decisão judicial, o poder familiar será exercido unicamente por aquele que não o teve destituído (pai ou mãe). Caso seja destituído o poder de ambos os pais ou caso a criança não tenha outro parente senão aquele cujo poder foi extinto, poderá ser indicado um tutor ou curador para que assuma tal função, ou poderá ser atribuído tal poder aos pais adotivos, se for o caso. Disponível em: [http://www.conjur.com.br/2007-set-24/consideracoes\\_poder\\_familiar\\_destituicao](http://www.conjur.com.br/2007-set-24/consideracoes_poder_familiar_destituicao). Acesso em: 28 jul. 2012.

<sup>25</sup> Veja nota de rodapé número 2.

<sup>26</sup> Para mais detalhes sobre mediação social, veja Vygotsky (1999).

ficam aumentadas, sem dúvida. Porém outra questão se apresenta: como será que esta mãe mais madura, em torno dos quarenta anos, lidará com as demandas de crescimento do filho, especialmente na adolescência, quando ela estará em torno dos cinquenta e cinco? Será que este filho corre o risco de se tornar um filho único muito exigente, a ponto de ser “estragado” pelo excesso de mimos de pais mais maduros e permissivos? Como ficará a imposição de limites, tão necessários para a construção de virtudes e de cidadania, em um ser tão sedutor como são e devem ser os bebês, para serem cuidados, e que demorou tanto tempo para vir povoar a vida deste casal, já que é o bebê quem inaugura a família?<sup>27</sup> Outro aspecto a ser considerado é que, pelo simples fato destas técnicas existirem, não garantem que a mulher será capaz de gerar filhos. Há uma ilusão de que, ao se utilizar estas técnicas, a qualquer momento se poderá ser mãe. Da mesma maneira que, com a idade, a capacidade reprodutiva espontânea diminui, quanto mais idosa for a mulher, menor a chance de que as técnicas de RA funcionem.

b) **Nascimento de gêmeos:** Nunca o mundo viveu experiências de gemelaridade tão frequentes e tão numerosas, proporcionadas pelas técnicas de RA. No início dos tratamentos, em função dos altos custos dos procedimentos e das chances, às vezes pequena, da candidata engravidar, os médicos optavam por implantar quatro ou mais óvulos fecundados no útero da mulher. Muitas vezes nenhum deles vingava; outras vezes, um, dois ou três. Mas há casos descritos, na literatura médica, de excesso de gêmeos<sup>28</sup>. Devido a estes excessos, o CFM baixou portaria limitando o número de gametas a serem implantados, em função da idade de mãe<sup>29</sup>. Não se pode negar que a criação de gêmeos gera mais dispensas financeiras, exige mais tempo para os cuidados de maternagem primária, demanda mais paciência, mais organização e mais dedicação em tudo e por um bom tempo. Além disso, o sono, a alimentação, o descanso, o lazer e vida sexual tornam-se mais comprometidas para os pais. Assim, o casal conjugal (marido e mulher) fica comprimido pelo casal parental (pai e mãe), o que poderá ocasionar irritabilidade em ambos no trato com os bebês, especialmente neste momento histórico, em que tanto se enaltece a presença da sexualidade e da realização egoica. Soma-se, como agravante, que comumente gravidez múltipla gera filhos prematuros, extremamente mais frágeis sob todos os

---

<sup>27</sup> Os cônjuges, quando se casam (ou em união estável), inauguram somente a instituição casamento, já que a coabitação se dá com duas pessoas da mesma faixa geracional. Já a família é inaugurada pelo bebê, que inicia a transgeracionalidade (BOWEN, M. *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Buenos Aires: Paidós, 1991).

<sup>28</sup> Ficou mundialmente conhecido o caso dos sêxtuplos do Kansas, os sétuplos de Iowa e os óctuplos, da chamada “Octomom”, todos estes casos ocorridos nos EUA.

<sup>29</sup> De acordo com a Resolução CFM nº 1.957/2010, em mulheres com até 35 anos é permitido que sejam transferidos até dois embriões; entre 36 e 39 anos, é possível até três; e em mulheres com 40 anos ou mais, até quatro embriões.

aspectos, e que demandam ainda mais investimento emocional, financeiro e temporal<sup>30</sup>. E, no crescimento dos irmãos gêmeos, tanto haverá situações de cumplicidade e identificação como comparações desconfortáveis sobre eles na família e na escola.

c) **Homoparentalidade:** As técnicas de RA são técnicas socialmente inclusivas, pois proporcionam oportunidades para os homoafetivos serem pais e mães no que tange ao aspecto biológico. Antes, a homoparentalidade - estado ou condição de um pai ou de uma mãe homoafetiva ou de um casal homoafetivo em cuidar de um filho - poderia ser alcançada somente através de adoção ou através de um parceiro, que poderia trazer para o convívio conjugal homoafetivo filho oriundo de relação heteroafetiva anterior ou de adoção<sup>31</sup>. Com as técnicas de RA, muitos bebês e crianças serão gerados e/ou criados em lares homoafetivos nos quais, na maioria das vezes, receberão igual (às vezes até maior) atenção que receberiam em lares heteroafetivos, tendo condições de pleno desenvolvimento integral.

d) **Reprodução post mortem:** As técnicas de RA também proporcionam a oportunidade de que um bebê seja gerado mesmo depois da morte de seu genitor/doador do gameta - tanto masculino como feminino. A reprodução post mortem pode ser feita desde que haja autorização prévia específica de quem morreu, segundo resolução do CFM<sup>32</sup>. Mas essa situação tem gerado polêmica: a quem pertencem os gametas congelados: ao viúvo ou à família de origem (pai e mãe) do doador? E como se dará o desenvolvimento psíquico de uma criança que é já órfã antes mesmo de nascer?<sup>33</sup> Será um ser vivo vindo de um ser morto, ou, ainda, um vivo que nasceu de um morto? Como compreenderá seu nascimento, se este contraria o princípio da geração da vida, que preconiza que seres vivos se reproduzem em vida, e não depois de mortos?

e) **Gestação de substituição (doação temporária do útero):** com este recurso, também chamado de “útero de substituição”, ou, pejorativamente, “barriga de aluguel”, é possível um bebê ter cinco genitores - três tipos de mãe [a genética (a que doou o óvulo), a gestacional (o do útero de substituição) e a de criação (que solicitou o bebê)] e dois tipos de pais [o genético (o que doou o espermatozoide) e o de criação (que solicitou o bebê)]. Sem dúvida, os avanços na

---

<sup>30</sup> Para mais detalhes, leia Milanez (1998).

<sup>31</sup> Com as técnicas de RA, muitos casais, homoafetivos masculinos, doam gametas para uma mulher de um casal homoafetivo feminino, que é fecundada. Com o nascimento do(s) bebê(s), constará na certidão de nascimento o nome dos dois pais biológicos, doadores dos embriões. Geralmente, os outros dois parceiros, que não foram os doadores, passam a ser o padrinho e a madrinha deste(s) bebê(s).

<sup>32</sup> Resolução CFM nº 1.957/2010, publicada no D.O.U. de 06 de janeiro de 2011, Seção I, p.79.

<sup>33</sup> Alguns pais até podem morrer no curso de uma gestação, deixando o filho órfão de pai antes do nascimento, mas no momento da concepção, ambos, pai e mãe, estavam vivos, diferente desta situação, na qual, já na fecundação, um genitor, ou os dois, podem já estar mortos.

tecnologia de reprodução têm tido grande impacto sobre a maneira de como as famílias são e serão constituídas. E quando este bebê tiver acesso a todas estas informações, como irá processá-las? No Brasil, pela resolução do CFM<sup>34</sup>, as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, em um parentesco até o segundo grau. Como se dará a relação da mãe do útero de substituição com o bebê recém-nascido, caso ela mesma nunca tenha tido filhos, se ela for a irmã da doadora? E se o útero de substituição for a avó biológica do bebê? Quem poderá se sentir ou agir como a mãe deste bebê? A que gerou? A que foi a doadora do gameta? Quem vai amamentar: a mãe do útero de substituição, no seio, criando mais um vínculo extraútero ou a mãe doadora do gameta, provavelmente via mamadeira, começando a construir um vínculo corporal, a partir de então, visto que não carregou o filho no ventre? E o bebê, como dará conta de traduzir e elaborar esta complexa teia de maternidade mãe/tia, mãe/avó, mãe/prima?

f) **Criopreservação de gametas e embriões:** Também graças às técnicas de RA, é possível estocar gametas (masculinos e femininos) e embriões, que poderão ser usados em qualquer momento no futuro. Esses gametas tanto podem ser identificados como pertencentes a um doador ou a um casal, como também podem ser anônimos, para doação através do banco de gametas. Como se estabelecerá a relação deste bebê/criança/adolescente com um pai “banco de sêmen”, anônimo, comum em “produções independentes” de mulheres solteiras ou em casais de lésbicas?<sup>35</sup> Ou com uma mãe “banco de óvulos”, anônima? Este questionamento irá surgir em algum momento, como bem foi mostrado no filme “Meu pai e minhas mães”<sup>36</sup>, no qual os dois filhos do casal homoafetivo, em determinado momento de seu desenvolvimento, se interessam em descobrir quem foi o doador de esperma que engravidou, em momentos distintos, suas duas mães.

g) **Filhos fecundados juntos, mas gerados em gravidez distinta:** Com a possibilidade de armazenamento de embriões, é possível para um casal ter filhos fecundados historicamente no mesmo dia, mas nascidos em datas diferentes<sup>37</sup>. Assim irmãos são gêmeos de fecundação, mas irmãos “tradicionais”, de gestações únicas, nascidos em datas diferentes. Quando crescerem, será que estes filhos poderão se sentir rejeitados, porque foram os últimos a nascer? Quais serão as explicações, dos pais, sobre os critérios utilizados para a “seleção” dos primeiros ir-

<sup>34</sup> Resolução CFM nº 1.957/2010, publicada no D.O.U. de 06 de janeiro de 2011, Seção I, p.79.

<sup>35</sup> Sempre será mais fácil para mulheres utilizar gametas do banco de sêmen do que homens do banco de óvulos, uma vez que estes últimos ainda dependerão de um útero de substituição para gerar um filho biológico. As mulheres, ao contrário, basta permitir serem inseminadas.

<sup>36</sup> Do original “The kids are all right”, da Imagem Filmes, lançado em novembro de 2010.

<sup>37</sup> Leia mais: <http://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/casal-tem-quintuplos-nascidos-com-seis-anos-de-diferenca-5519782.html#ixzz2150X7WDz>.

mãos a nascer? As explicações trarão conforto ou sentimento de menos-valia? Os irmãos mais velhos poderão sentir o peso da responsabilidade por terem que “tomar conta” do mais novo, mesmo sendo gêmeos de fecundação? Agora teremos mais de um tipo de gemelaridade, a de fecundação e a de gestação? Que complexidade psíquica pode gerar em um filho esta nova possibilidade de gemelaridade, que traz a identidade de igual, pela fecundação, e a idiosincrasia, pela ordem de nascimento, em ser o primogênito, o do meio ou o caçula, tão bem estudada por Toman e Sulloway, citada por Bedran (2011)?

### **3 - Anos 80: Aparecimento dos primeiros casos de AIDS no mundo e início do uso de aparelhos celulares, de computadores pessoais e da internet com a criação da www (World Wide Web)**

3.1 – Esse grande salto qualitativo e quantitativo nas comunicações entre as pessoas (celular, computador pessoal, internet) gerou *libertação do tempo real e da localização geográfica e intensificação da intermediação da tecnologia na afetividade e sexualidade humana*.

Pela primeira vez foi possível, aos seres humanos, independentemente de estarem em locais estabelecidos, comunicar-se com facilidade, rapidez e segurança com qualquer lugar do mundo. Criou-se a possibilidade de acesso a um número infinito de informações - ao vivo e de forma instantânea - e a de estar conectado a um número infinito de pessoas ao redor do mundo ao mesmo tempo.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Fugacidade nas relações humanas:** a facilidade de comunicação e de contatos humanos possibilitou a construção de novas relações socioafetivas (“amores virtuais”) bem como de relações sexuais via internet (“sexo virtual”). Contudo, como a internet também possibilita anonimatos e mentiras, muitas destas relações não se sustentaram. Alguns bebês nasceram de “amores da internet”: pessoas que se conheceram, via web, tiveram alguns contatos presenciais fortuitos, mas que não foram adiante.<sup>38</sup> Pela fugacidade da relação, muitos destes bebês jamais terão contato com o pai, de quem a mãe pouco sabe ou só tem informações inverídicas. A frustração e a raiva pelo engodo ou pela decepção com esse “parceiro incógnito” podem comprometer a relação da mãe com seu bebê.

b) **Casamentos inter-raciais e interculturais:** Pelas mesmas razões, pessoas que dificilmente se conheceriam, por habitarem regiões do mundo muito distantes ou por pertencerem à

---

<sup>38</sup> É bem verdade que há um número de casais, bem sucedidos e com filhos, que se conheceram através da internet e estão juntos até hoje.

raça, credo religioso, cultura e costumes bem distintos, pela internet passaram a ter contato. Essa aproximação gerou um crescimento de casamentos inter-raciais e interculturais, que muitas vezes levam ao desenraizamento de um dos cônjuges. Os bebês que nascem em famílias multiculturais, se por um lado ganham pela riqueza de experiências, pela presença de conteúdos distintos de língua e de costumes, por outro são muito mais exigidos e podem até se retrair e ficar tensos para lidar com tanta diversidade, na medida em que crescem. Muitas destas crianças apresentam dificuldade no momento da alfabetização, pelo bilinguismo parental ou na escolha do credo religioso, pela presença de religiões distintas, às vezes até conflitivas entre si. Muitas vezes, também, estes bebês e crianças pequenas terão de aprender a lidar com o genitor forasteiro, que pode estar deprimido ou se sentindo deslocado frente aos desafios da língua, cultura, religião, clima, culinária ou dificuldades de comunicação e de locomoção. Tais sentimentos podem propiciar o aparecimento de quadros de depressão e angústia nesse genitor, que, certamente, se refletirão na qualidade de interação com este filho.

3.2 – Aparecimento dos primeiros casos de AIDS, que geraram *liberação, com propagação mundial, de um vírus letal*.

Esta não foi primeira vez que um vírus se espalhou por quase toda a população mundial<sup>39</sup> e nem que a associação entre vida sexual promíscua e aparecimento de doença aconteceu<sup>40</sup>, porém a letalidade do vírus e a impossibilidade de cura trouxe temor à população e levou à adoção de novos hábitos comportamentais, como a adoção do uso de preservativos e exames de sangue pré-relacionamento sexual, gerando uma nova “etiqueta sexual”.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Transmissão vertical da AIDS da mãe para o bebê:** Cerca de 30% a 40% das mães soropositivas, se não fizerem tratamento durante a gestação, passarão o vírus da AIDS para seus bebês. Entretanto, se a gestante fizer uso de medicação retroviral (durante a gestação e no trabalho de parto) e se o bebê receber medicação retroviral (assim que nascer) e não for alimentado no seio por sua mãe, esta chance cairá para menos de 1%. Portanto, com as medidas de profilaxia, os bebês podem nascer negativos, ou negatar a doença no primeiro ano de vida. Esta criança ficará livre da AIDS, porém terá que lidar com a realidade de ser filho de mãe soropositiva (ou de mãe e pai soropositivos), quadro médico para o qual ainda não se tem cura, apenas controle. Esta situação de incerteza pode ser um dinamismo que propicie encontros afetivos

<sup>39</sup> A epidemia de “Gripe Espanhola” se propagou após a I Guerra Mundial, a partir de 1918, e atingiu quase todo globo terrestre, com exceção da Sibéria e da Oceania.

<sup>40</sup> Já era de domínio público que sífilis e gonorreia, por exemplo, se transmitiam através de relações sexuais.

entre mãe e filho, aproveitando o máximo que a vida pode oferecer aos dois (visão otimista) ou ser motivo de lamentação, tristeza e depressão, pelo infortúnio (visão pessimista). Como quem está no controle e “dá o tom” da relação entre o adulto e a criança é sempre o adulto<sup>41</sup>, caberá a esta mãe (ou pai e mãe) criar um ambiente favorável ao bom desenvolvimento da relação entre eles, mediando o mundo para o bebê da melhor forma imaginável, cuidando-se física e mentalmente para poder estar viva o maior tempo possível e com qualidade de vida.

b) **Fenômeno da feminização da AIDS:** Quando a AIDS surgiu no Brasil, na década de 80, chegou-se a ter apenas 1 caso de AIDS em mulheres para cada 26,5 em homens. Com o passar dos anos, a proporção foi caindo e hoje está em 1,5 caso em homens para 1 caso em mulher, segundo dados do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde. No mundo todo, as mulheres já representam, em média, 50% da população infectada e, no continente africano, já é a maioria, com 60%. A ONU aponta a desigualdade de gênero e todas as formas de violência contra as mulheres como causas determinantes para o crescimento da vulnerabilidade feminina à doença. Destas, muitas são mulheres que foram infectadas pelos próprios maridos, que adquiriram o vírus em relações extraconjugais com outros homens ou mesmo com mulheres (bissexualidade)<sup>42</sup>. Assim, muitas mães que tiveram seus bebês e filhos sem a presença do vírus podem vir a adquiri-lo e passar a viver, com seus filhos, o mesmo dilema que a mãe soropositiva, já na gestação, vive após o parto: por quanto tempo será possível, para ela, acompanhar o desenvolvimento do seu filho. Tanto neste caso, como no do item anterior, o tipo de relação entre mãe (ou entre pai e mãe) e filho pode ser muito boa, uma vez que a sobrevivência com qualidade dos soropositivos, quando em tratamento, é aumentada sobremaneira.

#### ***4 - Anos 90: Advento de medicações para disfunção erétil masculina e para reposição hormonal feminina e desenvolvimento de técnicas mais apuradas de cirurgias de redesignação sexual***<sup>43</sup>

4.1 – O aparecimento de medicações (tanto para disfunção erétil masculina como para reposição hormonal feminina) gerou a *sensação de libertação da idade e prolongamento da juventude*.

---

<sup>41</sup> Há situações, porém, de bebês tão responsivos, que são capazes de auxiliar a mãe a sair do estado de depressão pós-parto ou de outros estados depressivos.

<sup>42</sup> Salvo casos em que o contágio se deu por transfusão de sangue ou por compartilhamento de seringas para uso de drogas.

<sup>43</sup> Conhecida também pelo nome de cirurgias de transgenitalização são procedimentos cirúrgicos que visam modificar a aparência física de uma pessoa e seus genitais para aqueles do sexo oposto. É parte do tratamento para a desordem do transtorno de identidade para transexuais e transgêneros. Desde 2008 o governo brasileiro implantou o “Processo Transsexualizador” através do Sistema Único de Saúde - SUS, apoiado na Resolução nº 1.652/2002 do CFM.

Pela primeira vez na história da humanidade, foi possível o uso de medicações, de comprovada eficácia, para o tratamento de DE (Disfunção Erétil, popularmente conhecido como “impotência”), assim como para a reposição hormonal da mulher, que, com a idade, entra em declínio.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Paternidade tardia:** Se a pílula e as técnicas de RA possibilitaram à mulher postergar a maternidade, as medicações para DE possibilitaram o prolongamento da paternidade. Os homens, que por problemas de ereção se abstinham de manter relações sexuais, voltaram à ativa com o surgimento destas medicações. Com esse retorno à vida sexual plena, conseguiram, mesmo com idade mais avançada, engravidar as parceiras antigas (que também puderam estar mais ativas, devido à reposição hormonal), assim como novas parceiras - por recasamento ou relações extraconjugais -, gerando filhos. Assim, muitos bebês terão “pais-avós”, o que pode ser uma experiência muito rica para ambos, pois alguns destes pais se encontram aposentados e com mais tempo e disponibilidade para interagir com seu bebê/filho pequeno. Muitos destes pais, inclusive, buscam nesta oportunidade o resgate de relações de paternidade mal resolvidas no passado com seus filhos mais velhos, quando a preocupação maior era o sustento e não o contato. E as mulheres que puderam se beneficiar das medicações de reposição hormonal, ao se sentirem mais ativas e femininas, podem experimentar uma sensação maior de bem-estar, que pode ser estendida para a interação social e afetiva com os filhos.

4.1 - Desenvolvimento de técnicas mais apuradas de cirurgias de redesignação sexual gerou *liberação das amarras de gênero*.

Pela primeira vez na história da humanidade, foi possível a “mudança de sexo” (no que tange ao aspecto anatômico) para aquelas pessoas com queixa de incompatibilidade entre o sexo anatômico e o sentimento de pertencimento ao sexo oposto ao do nascimento. Nos homens transexuais, além da mastectomia e da histerectomia, pode haver a tentativa da construção de um neopênis (cirurgia ainda experimental). Nas mulheres transexuais, além da cirurgia de feminização facial e o aumento de seios (por cirurgia e/ou hormônios), pode haver a construção de uma neovagina, cirurgia já realizada com sucesso em muitos países, inclusive no Brasil.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Parentalidade adotiva e/ou socioafetiva:** Apesar destas cirurgias não possibilitarem a concepção de bebês, nem através das neovaginas e nem dos neopênis, esses transexuais podem assumir parentalidade adotiva e/ou socioafetiva. Ao assumirem novos papéis sociais, de homem e de mulher, em uma relação com parceiros heteroafetivos, poderão vivenciar a maternidade ou a paternidade por adoção ou de forma socioafetiva, por meio dos parceiros que tenham tido filhos em relações heteroafetivas anteriores. Assim, bebês e crianças pequenas poderão iniciar as primeiras relações objetais em lares constituídos por pai ou mãe transexual. Esse fato não deve ser visto como impeditivo para uma boa relação vincular, pois a qualidade do afeto, na parentalidade, não está nem no gênero nem na orientação sexual do pai ou da mãe, mas sim na capacidade de ser um bom mediador social e afetivo para esse bebê ou essa criança e de ser capaz de afetá-la, positivamente, de modo significativo e competente. Mas, sem dúvida, estas crianças terão um desafio social maior a enfrentar, tal como os filhos da homoparentalidade, uma vez que ainda vivemos em uma sociedade homofóbica e “transfóbica” (se me permitem este neologismo por analogia à palavra anterior).

#### **5 - Anos 2000, início do século XXI: As redes sociais, pela internet, modificam os relacionamentos humanos de forma intensa e o reconhecimento da união civil entre homoafetivos**

5.1 – O surgimento das redes sociais da internet (MSN, Orkut, Facebook, Twitter, dentre outros) e a intensificação de seu uso como ferramenta de comunicação gerou *liberação do contato presencial para trocas mais íntimas e de confidências, bem como liberou o compartilhamento maciço de informações sobre si e sobre os outros, com sua permissão, ou não.*

Pela primeira vez na história da humanidade, a troca de informações pessoais, privadas (e, às vezes, até sigilosas) se tornou intensa, corriqueira, veloz e fora do controle de seus próprios donos.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Novos relacionamentos afetivos:** Aquilo que fora iniciado nos anos 80, com a chegada da rede mundial de computadores, se intensifica e ganha contornos inimagináveis com as redes sociais, a partir do início deste século. Amizades, namoros, sexo, emprego, difamação, cyberbullying, denúncias, notícias internacionais - tudo passa, agora, pelas redes sociais, até a organização de protestos políticos<sup>44</sup>. Se nos anos 80 já se constatava a fugacidade dos relacionamentos e a existência de casamentos multiculturais, a partir dos anos 2000 estas possibilidades

---

<sup>44</sup> Como ocorreu, recentemente, na chamada “Primavera Árabe”, especialmente no Egito.

se intensificam e os bebês e crianças pequenas frutos destes relacionamentos internáuticos poderão tanto se beneficiar de novos lares, adequados para a criação desses filhos, como poderão representar quimeras de algo que foi somente um sonho na rede.

5.2 – Reconhecimento da união civil entre homoafetivos gerou *liberação das amarras relativas aos direitos civis*:

Pela primeira vez na história da humanidade, lésbicas e gays podem viver em união estável, ter direito à herança do parceiro(a), ser dependente em planos de saúde, exigir pensão alimentícia e adotar crianças, como casal<sup>45</sup>.

Consequências para o bebê, a criança, o casal, a família e a sociedade:

a) **Aumento da parentalidade homoafetiva:** Se as técnicas de RA liberaram, biologicamente, a parentalidade homoafetiva, os benefícios sociais e a autorização legal de união civil entre homoafetivos, também estimularam, ainda mais, as uniões e a adoção de filhos, visando à construção de uma família. Assim, muitas crianças para adoção em abrigos se beneficiarão de lares homoafetivos, estáveis e capazes de proporcionar uma vida adequada, muitas vezes até com mais recursos materiais e afetivos do que aqueles que muitas crianças recebem em lares heteroafetivos ou nos abrigos que, por melhor que sejam, não oferecem a atenção individualizada necessária para se constituírem como sujeitos humanos.

### *III - Considerações finais*

Quando pensamos no conjunto destas transformações históricas, que alteraram tanto a parentalidade como a constituição das famílias atuais, percebemos o quanto bebês e crianças pequenas foram, profundamente, atingidos por elas. De acordo com a Constituição Brasileira, toda criança tem direito ao convívio familiar. Entretanto, montar e entender a complexidade deste convívio familiar com os novos arranjos familiares pós-modernos é como montar um quebra-cabeças. Desde 2009 uso a expressão “quebra-cabeças familiares” para expressar o quanto, nos dias de hoje, constituir uma família, que nasce com a chegada de um filho, independentemente de sua origem, é montar um quebra-cabeça, sem olhar o desenho da cena que está na capa da caixa que o trouxe; não se sabe, ao certo, como será o “desenho final” a ser

---

<sup>45</sup> *Pela legislação brasileira atual, somente casais heteroafetivos ou adultos solteiros podem adotar. Entretanto, já há casos na jurisprudência brasileira nos quais o casal homoafetivo teve os dois nomes dos cônjuges, como adotantes, na certidão do filho(a).*

produzido, mas se confia no bom andamento do processo. Como em qualquer movimento, é o fazer, o convívio, o construir de relações afetivas cognitivas significativas que tem valor. Será a qualidade da vinculação criada entre estes pais e mães pós-modernos com seus bebês - e posteriormente, com suas crianças e adolescentes - que conta para o bom e pleno desenvolvimento bio-psico-social dos filhos. Pouco importa se a mãe ou o pai é jovem ou idoso; é heteroafetivo, homoafetivo ou transexual; se é primíparo ou múltiparo; importa, sim, quem é como pessoa (seu caráter, humor, integridade moral, valores, disponibilidade de tempo e de afeto). Igualmente, pouco importa se este bebê ou se esta criança pequena é biológica, adotada ou filha socioafetiva; se é gemelar, filha única ou temporã; se veio por métodos naturais ou por técnicas de RA; importa sim, que seja amada, aceita em suas idiossincrasias e que seja acolhida no ponto de tangência entre o bebê idealizado e o filho possível, aquele que Deus, a natureza, o destino ou os homens e mulheres, da Ciência ou do Direito, fizeram chegar às mãos de seus pais e de suas mães.

---

### *Referências bibliográficas*

BEDRAN, M. F. M. Filho temporão é igual a filho único? 2011. 44p. Monografia (Terapia Familiar) - Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho, 2011.

BOSZORMENYI-NAGY, I.; FRAMO, J. L. (Org.). Intensive family therapy. New York: Harper and Row, 1965.

DADOORIAN, D. Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco, 2000. 180 p.

HALEY, J. Aprendendo e ensinando terapia. Porto Alegre: Artmed, 1998. 231 p.

MILANEZ, M. C. A.\* Do útero materno ao útero mecânico: estudo sobre o impacto da internação de recém-nascidos prematuros numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 1998. 146p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – PUC, Rio de Janeiro, 1998.

VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WERNER, M. C. M. A construção de relações socioafetivas nas novas configurações familiares. In: FÓRUM PERMANENTE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA DA EMERJ. Maio de 2010, Rio de Janeiro, dvd.

\_\_\_\_\_. A influência do nascimento pré-termo no desenvolvimento das relações afetivas entre o neonato e sua mãe. In: FERREIRA; THOMPSON; MOUSINHO. *Psicomotricidade clínica*. São Paulo: Lovise, 2002. p.179-190.

\_\_\_\_\_. As parcerias sexuais na pós-modernidade. In: ANAIS DO VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA FAMILIAR. Agosto de 2008, Gramado, p. 69-70; dvd da TVMED.

\_\_\_\_\_. *Família & direito: reflexões terapêuticas e jurídicas sobre a infância e a adolescência*. 2ª. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Booklink, 2010, 144p.

WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. (Tradução por Irineo Constantino Schuch Ortiz).

## ***Os determinantes da adversidade***

*João Gomes Pedro*

---

### ***Introdução***

Aproximadamente há 250.000 anos os nossos antepassados iniciaram o processo histórico da dominância do mundo natural. Por milhares de gerações, o paradigma da sobrevivência foi o do estresse feito de medo, de ameaça e de violência. A lei do mais forte ditou as suas normas e, nesta dominância, terá sido preponderante a competência cognitiva, bem como a sabedoria emergente que consolidou a designação de “sapiens” atribuída ao “Homo”.

A conquista da chamada “civilização” terá sido o processo evolutivo mais complexo da humanidade, através do qual a espécie humana terá dominado as outras espécies e, designadamente, alguns dos naturais predadores, à custa de habilidades de defesa e de outros meios relacionados com a sobrevivência alimentar.

Curiosamente, porém, a vulnerabilidade humana em face dos desaires relacionais dentro da sua própria espécie explicará o déficit de estratégias para a consolidação de estruturas coerentes (naturalmente protetoras de uma organização social que, por pressuposto, é baseada no respeito e na solidariedade).

É assim que assinalamos, nos períodos sucessivos da história, contínuos testemunhos de violência, tornando cada vez mais evidente ser o homem o principal predador dos seus semelhantes, porventura mais vulneráveis. Conhecemos hoje, cada vez melhor, a identidade destes mais vulneráveis. São as mulheres e, sobretudo, as crianças as que são mais abusadas em função de uma ainda latente imaturidade na gênese de um sentido de coerência e de uma supremacia cognitiva que ainda não se desenvolveram.

Não está ainda bem explicada, em termos científicos, a história natural da violência na espécie humana. A história moderna e a história contemporânea dão-nos, sim, a evidência do descalabro em termos do desrespeito do homem em face do seu semelhante. A inquisição, a escravatura, o holocausto, as guerras do Kosovo e do Iraque e, mais ligadas a nós, as lutas fra-

trípidas em Angola e Timor, a violência doméstica, a pedofilia, os maus tratos à criança e aos velhos, a corrupção desenfreada são, enfim, algumas das evidências da predação, só aparentemente mitigada nas sociedades em que vivemos.

O determinante “biológico” mais específico no condicionamento do comportamento humano é a relação. A relação é tipificada pela experiência e são as experiências mais significativas, tanto positivas como negativas, que condicionam a cascata do construto da coerência.

A evolução da espécie humana teve e tem um cariz social. Será, porventura, no modo como cada ser, designadamente quando é bebê, se insere no padrão social e se integra na família e no seu clã, que organiza, ou não, o seu sentido de coerência. É quando o “humano” assume a incoerência, nomeadamente na sua vida de relação, que a ancestralidade da violência reedita a sua dominância.

### *Vinculação e biologia*

A etiologia primária da violência estará, porventura, radicada no modo como cada um lê a (in)coerência dos seus vínculos. Os seres humanos lutam por dar sentido às suas experiências e às suas relações. O significado que lhes atribuem depende das crenças acerca deles próprios e da forma como interpretam as suas próprias relações anteriores.

Este significado pode mudar ao longo do ciclo de vida. De fato, altera-se como resultado da maturação dos outros sistemas e também quando uma pessoa se move de uma cultura para outra. Quando isso ocorre, várias das assunções fundamentais sobre o self e sobre as relações são confrontadas e muitas vezes modificadas. Acontecimentos históricos e ambientais, tal como guerras, fome, abuso sexual ou violação de outros direitos humanos influenciam também a forma como as pessoas, em uma dada cultura, se percebem a si próprias. De fato, mais importante que o conjunto de experiências em si mesmas é a interpretação feita pela criança e pela família do significado transacional daquelas experiências nos sistemas individuais. Uma interpretação pessoal ou de grupo dentro da família implica múltiplos outros fatores que influenciam o estado cognitivo da criança, as suas expectativas e crenças, a sua própria identidade e maturidade moral e, sobretudo, as forças dos seus vínculos. A forma como o temperamento é individualmente construído irá determinar a capacidade de cada um para lidar com a mudança e, também, para gerir as estratégias adaptativas.

As crianças desenvolvem-se dentro de famílias e, por sua vez, as famílias existem como parte de um universo cultural mais vasto. Esse complexo sistema de agentes e forças tem muito

significado para o desenvolvimento da criança. Significa isto que cada criança e cada família tem uma história, a qual é confrontada em cada nova experiência e em cada nova fase de progresso e envolvimento.

O modo como cada criança se desenvolve está inequivocamente ligado aos padrões biológicos construídos a partir do seu genoma e a todas as experiências sociais que teve e vai tendo ao longo do seu ciclo de vida. A clássica controvérsia natureza–educação tem de ser encarada como uma saudável elaboração teórica acerca do equilíbrio entre as contribuições dos sistemas interiores e exteriores de cada pessoa, os quais deverão ser identificados como influências que ocorrem em cada fase do desenvolvimento. Será importante reconhecer que é a interação dinâmica entre aqueles sistemas o que confere identidade e individualidade aos comportamentos.

Através do modelo de Bowlby, aprendemos que a criança e a sua família desenvolvem como que modelos dinâmicos de influência no que diz respeito às suas interações desde o nascimento. No entanto, nem a criança nem o ambiente são entidades estáticas. Os indivíduos e os seus ambientes têm, na realidade, uma influência recíproca uns sobre os outros, tornando possíveis adaptações e rearranjos ao longo do ciclo de vida. Esta constatação pode ser um desafio significativo para os desenvolvimentistas, sobretudo quando é equacionada a avaliação da criança. Isto quer dizer que só obter perfis de desenvolvimento ou observar comportamentos não é suficiente. Devemo-nos esforçar cada vez mais por compreender a forma como cada criança e cada membro da família percebe e interpreta as suas próprias experiências e relações.

A adaptação ao longo da vida depende, de fato, do modo como cada pessoa lê ou interpreta a contingência das suas relações. Neste contexto, o mais importante não será meramente o que acontece faturalmente nessas relações mas, mais significativamente, ainda, o modo como essas relações são interpretadas. É assim que, quando os fatos ultrapassam os limiares individuais, eles podem desencadear novas leituras ou interpretações dos sistemas individuais.

“O nosso sentido de eu e de coerência está baseado nas relações entre nós próprios e os outros” escreveram Emde e Sameroff. Por outro lado, a consequência crítica da adaptação depende da forma como as relações estão organizadas nas relações sociais e afetivas de cada um. De acordo com o modelo transacional proposto por Sameroff e Chandler, podemos admitir que dentro de um contexto dinâmico a progressão do desenvolvimento significa uma continuidade na organização adaptativa, mediada pelas múltiplas transações pessoais. Neste contexto, qualquer problema no desenvolvimento de uma criança nunca deverá ser encarado simplesmente como um problema dela própria, mas sobretudo como algo relacionado com as interações

entre ela e o seu ambio tipo. Por sua vez, as vulnerabilidades da criança e os seus riscos têm de ser vistos de acordo com a forma como ela regula os seus sistemas, as suas necessidades adaptativas, os seus limiares e apoios, de modo a construir o seu próprio sentido de competência.

O modelo de interação de Horowitz tentou mostrar a relação da vulnerabilidade da criança na interface com as suas influências ambientais mas, hoje em dia, já reconhecemos que a vulnerabilidade é, ela própria e desde o início, uma consequência das múltiplas transações acontecidas entre os sistemas interiores e exteriores de cada criança.

A socialização é o resultado de um processo de aprendizagem recíproca que ocorre entre dois ou mais intervenientes. Os sistemas perceptivos do bebê estão programados para agirem em contingência com os sistemas comunicativos das outras pessoas. Por sua vez, a criança desencadeia no adulto um conjunto de comportamentos e reações que são vitais para a sua sobrevivência e para o seu equilíbrio afetivo e moral.

A última década trouxe-nos uma soma considerável de formulações teóricas e de investigação empírica sobre a ontogénese emocional e cognitiva, especialmente no que se refere às relações entre a infância e o desenvolvimento nas fases posteriores da vida.

O estudo das crianças de alto risco, que manifestam inequívocas vulnerabilidades, contribuiu grandemente para o nosso conhecimento acerca das influências que ocorrem na socialização da criança. Por exemplo, a investigação feita em populações nas quais ocorrem padrões divergentes de desenvolvimento sociocultural e sociocognitivo demonstra o peso das influências mais prolongadas que decorrem das interações entre criança e ambiente de risco. É o caso de crianças maltratadas, abusadas e negligenciadas.

A avaliação do desenvolvimento ajuda-nos a perceber todas as reorganizações qualitativas que ocorrem dentro dos sistemas comportamentais ao longo do ciclo de vida. Admite-se que muita da psicopatologia clínica representa uma falha na interpretação das competências socioemocionais e afetivas que estão subjacentes à adaptação em um determinado nível de desenvolvimento.

O conceito de risco social terá, assim, de ser assumido na perspectiva das interações que decorrem das primeiras experiências da criança quando, ainda enquanto feto, ou recém-nascido, começa a ser ela própria e a sua circunstância, em simultâneo com sonhos e expectativas e com a construção dos primeiros vínculos.

A violência e a negligência, a vulnerabilidade e a disponibilidade para a infração, a vitimização e a participação em todas as outras situações irregulares, especialmente aquelas que estão em conflito com a lei, assim como a delinquência e abuso de drogas, são todas situações de disfunção adaptativa que têm de ser prevenidas com estratégias específicas.

O impacto da pobreza, com todas as suas consequências no início do desenvolvimento da criança, não está ainda completamente estudado. Do mesmo modo, existe ainda um conhecimento limitado sobre o estresse que a criança sofre nos primeiros anos, em termos de discriminação, especialmente relacionada com o sexo, a raça, as etnias, a religião e as crenças. Estratégias preventivas para todos estes tipos de disfunções terão de ser direcionadas para a família, assumidas pelos profissionais de saúde e educação e, também, pelos políticos. Todos eles são desafiados a compreender e interpretar a importância do que acontece nas primeiras fases da vida, bem como nas transações subsequentes do seu desenvolvimento.

Tem-se admitido que as experiências mais precoces, nas quais o afeto desempenha um papel essencial, embora não totalmente clarificado cientificamente, têm um impacto enorme na construção dos sistemas de comunicação pais-filhos e também nos processos de vinculação compreendidos, assim, como um fenómeno dinâmico do desenvolvimento.

A natureza crítica das experiências precoces situa-se, de fato, na interação entre experiência e o sistema nervoso central de cada um. Neste contexto, os estudos neurofisiológicos publicados nos últimos anos representam uma informação complementar extremamente valiosa, sublinhando o significado da globalidade dos processos interativos desde os primeiros estágios do desenvolvimento.

Através da explicação de dois conceitos essenciais (experiência-expectante e experiência-dependência), as formulações de Greenough et al. indiciam que os efeitos da experiência durante os períodos sensíveis não são só específicos como também decisivos em termos de integração de comportamentos. Além disso, os estudos de Bowlby e Hofer, entre outros, demonstram que as interações mãe-bebê, que são determinantes fundamentais da vinculação, são, elas próprias, reguladoras dos vários sistemas fisiológicos e comportamentais nos estágios iniciais da vida. Por exemplo, ao passo que a mãe influencia as funções básicas do seu bebê, tais como a frequência cardíaca, o comportamento do bebê pode induzir ou desencadear, na mãe, uma maior ou menor produção de leite. Todos estes contributos sugerem que os bebês e as suas mães têm, associados entre si, várias sincronias biológicas, o que conduz à noção de que a vinculação influencia, ela própria, funções homeostáticas ao longo do ciclo de vida.

Nas suas investigações sobre a infância humana, Papousek e Papousek atribuem o papel fundamental da regulação comportamental a “processos nervosos integradores” que estão implicados no processamento de estímulos percebidos e na organização das respectivas respostas adaptativas.

O bebê humano organiza as suas respostas biocomportamentais para regular a sua própria homeostase e, assim, fica pronto e receptivo para a comunicação com a sua mãe e com o seu pai. Cada vez que ele alcança um novo nível de homeostase, adquire um novo contributo para o seu sentido de competência que lhe permite ser capaz de se adaptar a novas interações e, conseqüentemente, a novas aprendizagens.

Brazelton insiste que o desenvolvimento não é, de fato, uma linha contínua de acontecimentos, mas, sim, uma alternância de acelerações e pausas. Neste contexto, fases de maior aceleração estão associadas, geralmente, a períodos de desorganização, enquanto que os períodos de pausa ou “patamares” são oportunidades fundamentais de equilíbrio e de reorganização. O conjunto estrutural das relações interpessoais utiliza este modelo de patamares, que viabiliza a interiorização de atitudes na oportunidade que proporciona cada pausa.

Cada adaptação no nosso sistema de vida é, de fato, dependente das nossas relações e da forma como regulamos, através delas, a interação entre os nossos sistemas. Assim, durante o desenvolvimento da criança, a adaptação é uma constante e também o princípio condicionante do futuro.

Os pediatras, entre outros, começaram a acreditar que, através da aplicação daquilo que os investigadores concluem acerca das primeiras relações, poderão intervir, conseqüentemente, ajudando crianças e famílias a evoluírem na direção da adaptabilidade e no controle das situações, nomeadamente de risco, em vez de o fazerem no caminho da psicopatologia ou da demissão.

A adaptação, contudo, é particularmente crítica quando a vulnerabilidade está ligada ao comportamento. A vulnerabilidade infantil é um determinante crítico para uma criança ou para uma família, que torna o indivíduo, ou o grupo, mais suscetível a diferentes tipos de riscos que conduzem à doença, ao abuso ou, ainda, a outros tipos de vulnerabilidades acrescidas.

A violência e a vulnerabilidade são fatores coexistentes e co-responsáveis no ciclo vicioso do risco da adversidade na criança e, de modo ainda mais significativo, quando a criança é bebê,

porquanto é nesta fase que se estrutura e se modela a arquitetura cerebral e, de modo especial, a sua modelação. É neste particular que abordaremos o passo seguinte da nossa reflexão.

### ***Adversidade e neurociência***

A violência, quer seja ela física ou emocional é, fundamentalmente, moral. A violência, de fato, pode partir ossos mas parte, sobretudo, os espíritos. A violência emocional, sabemos-lo cada vez melhor, não acarreta a morte física, mas sim a da alma.

Graças aos avanços da neurociência, podemos hoje perceber os efeitos a curto, médio e longo prazo da violência predatória no sistema nervoso central da criança, nos vários estágios do seu desenvolvimento. Um dos fenômenos mais interessantes que tentaremos explicar é o que fundamenta a adaptação neurobiológica - que faz com que uma criança sobreviva eventualmente de um ambiente violento embora se torne, à medida que cresce, um continuador ativo de mais violência, perpetuando a predação do abuso e da agressão.

É neste contexto que terá sentido o que é hoje um dito universal (porventura pedagógico): “não é o dedo no gatilho que mata tal como não é o pênis que viola – é o cérebro”. O cérebro humano é o órgão paradigma da perfeição da criatura humana, porventura paradigma também de uma vulnerabilidade central. O cérebro identifica, recolhe, processa, percebe, armazena e modela toda a informação que vem quer de fora quer de dentro do ser - toda esta estrutura organizando-se, primariamente, de modo a promover sobrevivência. Entendemos hoje esta sobrevivência como um propósito global e é este contexto que explicará a organização hierárquica do cérebro desde os setores mais inferiores, que regulam os mecanismos básicos de sobrevivência biológica, até aos setores mais superiores, designadamente corticais e límbicos.

Qualquer privação ou agressão no decurso das experiências da vida mais significativas, primordialmente as relacionais, leva a um subdesenvolvimento das áreas corticais, sub-corticais e límbicas, implicando uma dominância das áreas mais primitivas (tronco cerebral) gerando, em cascata, uma reatividade comportamental identificada com a imaturidade e com a desregulação.

Em suma, é racional entender a mediação do sistema nervoso central a partir de uma relação dinâmica entre as áreas mais primitivas do cérebro (correspondentes a uma atividade mais excitatória) e as áreas cortical e sub-cortical (mais responsáveis pela atividade modeladora do comportamento). Todos os fatores e determinantes que potencializam a atividade excitatória

(identificados com o tronco), por sua vez, diminuem as competências modeladoras a cargo das áreas corticais ou límbicas, aumentam a agressividade, a impulsividade e a predisposição para a violência.

A organização modeladora do sistema nervoso central, que regula os impulsos que a ele chegam, dependendo do ratio entre a atividade excitatória das regiões (inferiores) mais primitivas do cérebro e a atividade frenadora a cargo das regiões (superiores), tanto corticais como sub-corticais, explica a variância neurocomportamental da vida de relação de cada criança.

O estresse crônico designadamente contido no abuso sexual continuado, na negligência sistemática, na ausência de uma comunicação emocional e contingente com as expectativas do bebê e da criança, no desespero por uma exaustão feita de lacunas interativas, no desistir por ausência de retroação afetiva, enfim, na persistência de uma fração negativa (feita à custa de um denominador mais elevado, sustentado pelo tronco cerebral, versus um numerador mais vulnerável, identificado com uma inequívoca privação emocional e afetiva) fundamenta o ciclo da adversidade e da violência.

Sabemos hoje que a constituição dos fatores neuroquímicos e neurotróficos, designadamente neurotransmissores e neuro-hormonais, conjugados à diferenciação e à migração neuronal, bem como à sinaptogênese, depende da natureza da experiência emocional da criança e, sobretudo, da contingência desta experiência com as expectativas e necessidades relacionais congregadas no sentido de coerência que cada criança constrói desde os primeiros tempos de vida.

A implicação óbvia do conhecimento atual que temos da neurofisiologia do desenvolvimento é a da importância decisiva das primeiras experiências significativas do bebê, bem como da sua vulnerabilidade em face das experiências de abuso, de violência e de anticontingência afetiva. Por outro lado, o conhecimento que temos da natureza plástica do sistema nervoso central em desenvolvimento permite-nos admitir que, apesar da natureza crítica das primeiras experiências, é sempre tempo para uma reorientação da referida fração regiões superiores/regiões inferiores do sistema nervoso central, qualquer que seja a idade da criança e do jovem.

A supressão da negligência, do abuso ou da agressão e a regularização viabilizada pelo aporte emocional e por sentimentos de confiança identificados com a aquisição de um sentido de pertencimento podem reverter, senão totalmente, pelo menos parcialmente, o valor da fração que exprime o neurocomportamento infantil.

Importará, também, esclarecer que a maioria dos indivíduos emocionalmente negligenciados na sua infância não se tornam, tacitamente, pessoas violentas quando adultos. O que sabemos, porém, é que muitas daquelas crianças não se tornam capazes de desenvolver empatia, de valorizar expressões nas suas relações - muitas das vezes mantidas, tão só, superficialmente -, de desenvolver vínculos com outros supostamente significativos e, ainda, de assumir senso moral modelado pelas emoções e pelos sentimentos que conferem sentido de apego, de perdão ou de remorso. Não existem óculos para a cegueira afetiva e a distorção do respeito que poderá não gerar, diretamente, violência, predispõe sempre à intolerância ou à frieza relacional, não garantindo o desenvolvimento da reciprocidade afetiva e da maturação cognitiva.

Habitualmente, a negligência afetiva e cognitiva evoluem conjuntamente.

Todas as experiências estimulantes que potencializam o desenvolvimento das competências corticais limitam a excitabilidade e a atividade não regulada, bem como as expressões de comportamento tidas como antirrelacionais, agressivas ou mesmo violentas.

Vários autores demonstram os efeitos biológicos nas áreas corticais e sub-corticais em indivíduos que sofreram negligência no seu envolvimento relacional. Tal como já foi enunciado, são múltiplos os mecanismos etológicos da violência.

### *Etiologia, cultura e sentido de coerência*

O que se afigura como plausível enquanto determinante central do mecanismo etológico - seja ele defensivo, predatório, impulsivo ou experiencial-dependente - é o sentido de coerência individual.

Muitas das crianças abandonadas e vítimas de múltiplas agressões à sua identidade e à sua integridade e que não se transformaram em indivíduos de expressão violenta não deixam de carregar em si próprias as suas cicatrizes de agressão e de desrespeito, a sua dor, o seu silêncio molestado, enfim, aquilo que faz Vachss apelidá-las de “crianças do segredo”.

Um dos fatores fundamentais que regula a expressão do comportamento em crianças submetidas a abuso sexual e a outras formas de violência é o mecanismo tampão, mediado pela circunstância de cada criança. A presença de uma família estável ou de alguém significativo próximo da vida da criança ou do jovem é um determinante decisivo do porvir na expressão do estresse ou da violência. Em suma, a presença de alguém especial com quem a criança esta-

belece uma empatia estável será o determinante da coerência que, afinal, determinará o estado de alma individual suscetível de influenciar, para melhor ou para pior, o auto-sentimento de si.

Não podemos deixar de ter como evidente que o problema do abuso infantil, designadamente expresso na sua forma mais perversa e opressiva que é a pedofilia, radica em uma problemática de cultura. Precisamos de uma cultura da criança inspiradora da vida da nossa sociedade. A prevenção das disfunções sexuais, a predição dos abusos e das violências, as estratégias de intervenção potencializando o sentido de coerência das crianças e dos jovens são expressões de um fenômeno cultural.

As muitas distorções circunstanciais nas “Casas Pias” da sociedade portuguesa são aberrações de uma cultura. Só assim se explica que uma Assembleia da República aprove, por unanimidade, um perdão que inclui os crimes de abuso sexual às crianças; só assim se explica que sejam destruídos arquivos de crimes e abuso sexual no pressuposto de haver prazos legais caducados; só assim se explica que evidências de teias ou de redes não estejam ainda detalhadamente averiguadas; só assim se explica que figuras proeminentes da política tenham “descansado” a sua consciência descartando para outros níveis administrativos a evidência dos abusos que lhes foram comunicados.

Bruce Perry concluiu um texto dedicado ao tema do “Ciclo da violência” afirmando “está na natureza da humanidade ser-se violento; mas ser-se violento pode não ser a natureza da humanidade”. Inequivocamente, mais de duzentos mil anos depois da deambulação do Homo Sapiens, a predação assume outras expressões de que são testemunhos dramáticos o abuso sexual e a violência dentro da mesma espécie.

As vítimas desta predação são naturalmente os mais vulneráveis e entre os mais vulneráveis estão, como todos sabemos, as crianças. É sintomático que a predação ignore o escrúpulo mais rudimentar expresso no abuso de crianças - que aliam à vulnerabilidade da sua condição de imaturidade a vulnerabilidade da solidão social e do desapego -, que culmina com a desproteção natural de quem não tem família nem significativos especiais que exerçam a proteção que é patente em tantas crias de variadíssimas espécies tidas como irracionais.

De fato, vemos esta proteção de espécie em muitos quadros naturais da selva sobrando do planeta, mas não assinalamos resquícios desta proteção em instituições - quer privadas quer oficiais - nas quais é suposto estarem crianças desprotegidas à guarda de Estados pretensamente protetores preferenciais da adversidade extrema. É em um contexto de cultura e de respon-

sabilidade moral e social - que incumbe cada um dos estratos responsáveis pela cultura social e moral - que cabe fazer-se o juízo de análise e o constructo da intervenção que se entende por indispensável.

Existe hoje uma ambiguidade extrema e dir-se-á mesmo uma incoerência entre o que as nações subscrevem com os seus compromissos, designadamente contidos na “Convenção dos Direitos da Criança” e a realidade que se identifica com a vida cotidiana das nossas crianças. É este o problema da cultura obviamente não centrada nos direitos e bem-estar de cada criança.

De novo, dir-se-á que comparativamente com outros animais de outras espécies, o Homem é um ser paradoxal. Vive cada vez mais inquieto na procura de mais promoção social, de mais riqueza, de mais mudança mas, enquanto isso, precisa, cada vez mais, de mais fatores de paz e de segurança, favorecedores da sua estabilidade. Esta é a grande ambiguidade da nossa espécie no nosso tempo, alcançando esta ambiguidade o seu ponto mais crítico quando equacionada a criança e a família nesta conjuntura.

### *Família e relação*

A família é o ecossistema mais significativo da criança e em seu seio ela aprende a reconhecer a sua identidade e também a ajustar-se às condições de vulnerabilidade condicionadas pelo seu destino social. Toda a ontogenia do comportamento social e, antiteticamente, do comportamento antissocial, se entende ligada ao modo como cada indivíduo constrói as suas relações mais significativas.

Sabemos que o bebê constrói, a partir das suas primeiras relações, modelos (interpretativos de si próprio e dos outros) que inspiram as suas futuras transações sociais. Quando consideramos as primeiras relações, temos em mente o modelo que denominamos de “teia de aranha”. Tal como os fios da teia estão tecidos em constante dependência uns dos outros, também as relações que o bebê vai estabelecendo se organizam em função das experiências e das adaptações em torno dos seus pilares de suporte. É neste nível que se deverão entender os efeitos da agressão, do abuso e do desrespeito perpetrado na criança.

Deverá, porventura, ser assumido que não é tão simplesmente a relação precoce entre mãe e bebê o que vai influenciar todo o desenvolvimento posterior mas é, principalmente, a experiência, ou melhor, a interpretação das transações iniciais o que vai condicionar o futuro desenvolvimento emocional, através das expectativas que cada criança vai construindo sobre

si própria e sobre os outros.

Se as primeiras expressões forem contingentes, ou seja, de respeito e empatia, a criança irá rever a si própria como merecedora e mediadora de amor à medida que for crescendo e evoluindo nos seus vários ecossistemas tanto educativos como sociais. Pelo contrário, se a criança vivencia negligência, desatenção, desrespeito ou abuso, ela vai rever-se a si própria como alguém sem pertencimento, vivendo uma existência incoerente.

A desadequação nas várias etapas da construção do sentido de maior ou menor coerência na vida fundamenta a gênese do ciclo de adversidade, do estresse e da violência. Quando há falência primária da família - quer na sua intervenção biológica, quer na emocional, afetiva ou moral -, são os educadores, investidos como tal, enquanto substitutos parentais, os responsáveis pela construção do sentido de coerência em cada criança. Passam a ser eles os pilares da teia, desejavelmente reconstruída em cada bebê, em criança e jovem.

Os educadores contribuem para a fundamentação dos sistemas referenciais para a criança nas suas múltiplas transações, contribuindo para que as suas relações evoluam para um infinito de novas descobertas e desafios, em um pressuposto de respeito e de atenção personalizada.

As instituições que têm, por missão, garantir a função de substituto familiar, terão de assumir a sua responsabilidade, fundamentada no que se sabe hoje serem os elos e as etapas da construção do sentido de pertencimento - qualquer que seja a idade e o risco de cada criança sob suas guardas. Esta responsabilidade deverá estar, primordialmente, subordinada ao significado científico das diversas estratégias de intervenção (fundamentalmente inspiradas por modelos teóricos ou por hipóteses de investigação) ensaiadas quer no seio de famílias, quer no de instituições, sejam elas dedicadas diretamente às crianças e jovens ou indiretamente, através de terceiros, quase sempre famílias ou educadores.

### *A evidência científica e os modelos*

As duas últimas décadas foram palco de uma enorme controvérsia (imane a controvérsia aos estudos sobre a denominada “intervenção precoce”), consequência dos resultados díspares encontrados e, também, da dificuldade em interpretar esses resultados em uma perspectiva de transculturalidade.

Creemos que, nesta fase do conhecimento científico, não tem sido possível aos diferentes au-

tores o isolamento rigoroso de cada uma das variáveis envolvidas no porvir, nomeadamente na relação causa-efeito das intervenções que atuam, inequivocamente, em múltiplos níveis e em múltiplas dimensões do desenvolvimento e do comportamento, tanto parental como infantil.

Existem, no entanto, razões hoje bem fundamentadas para crer que tanto o mito determinista - fundamentado nas virtudes da experiência precoce - como a tese que concentra a influência no desenvolvimento nos fatores sociais e emocionais que decorrem ao longo da vida são explicações credíveis que, sobretudo, orientaram e orientam atualmente o nosso juízo para uma terceira via do entendimento do porvir baseada no modo como cada criança vai interpretando os acontecimentos da sua vida, nomeada e principalmente os de ordem afetiva. O mito determinista tem radicados no seu constructo fundamentos biológicos, políticos e educacionais.

No séc. XVIII, com a decadência econômica da burguesia, tinha nascido a esperança de que uma boa educação da criança e do jovem poderia levar a uma mudança do status social da família e à consequente promoção de prestígio e influências. Na primeira metade do nosso século, a grande depressão de 1930 e a segunda grande guerra pressionaram psicólogos, educadores e escritores a enfatizar uma nova onda de otimismo capaz de confrontar o pessimismo freudiano e a crueldade que a guerra revelara, viabilizando uma geração capaz de viver uma nova ordem social e econômica.

Os intelectuais de todo o mundo retinham os escritos de Montaigne e de Darwin sobre a criança, não obstante ser patente o seu vazio sobre qualquer referência às ligações emocionais, nomeadamente intrafamiliares. Foi, porém, a investigação sociológica dos anos 50, que fez nascer a noção dos períodos críticos ou sensíveis do desenvolvimento, que influenciou a psicologia do desenvolvimento e a própria pediatria em toda a segunda metade deste século.

Em 1960, Bowlby confirmava, de certo modo, a ansiedade latente sobre a eventual fragilidade na organização dos primeiros vínculos. Escrevia, assim, Bowlby: “A desadequação da responsabilidade por parte de figuras de vinculação é a condição principal para o desenvolvimento de uma personalidade instável e ansiosa”. Quarenta e três anos depois, um texto assumido por Katherine Magnuson, da Universidade da Columbia, e Greg Duncan, da Universidade de Northwestern, fez uma revisão cuidadosa sobre os vários estudos realizados até 2003, feitos com a intenção de promover estratégias de intervenção dirigidas à promoção do bem-estar de crianças, designadamente quando integradas em meios familiares muito desfavorecidos.

A maior controvérsia continua a residir na interpretação dos resultados obtidos a partir das intervenções dirigidas às famílias, designadamente aos pais. Toda a literatura científica publicada aponta para possíveis efeitos das intervenções na interação pais-filhos, na melhoria da qualidade de promoção de condições de aprendizagem dentro das famílias e na qualidade da relação parental com repercussões cognitivas e comportamentais nas crianças. A problemática do custo-benefício destes programas dilata a complexidade das interpretações. Os ganhos cognitivos, por exemplo, são mais fáceis de avaliar, nomeadamente a médio prazo, enquanto que os resultados projetados na melhoria do fenotipo comportamental das crianças e dos jovens, porventura mais rentáveis a longo prazo, envolvem uma avaliação mais complexa e nem sempre fiável quando comparados os estudos.

Quando o foco é a evidência de resultados a partir de intervenções dirigidas especificamente às crianças, passa a poder concluir-se que existem resultados indicando um favorecimento do desenvolvimento cognitivo a curto prazo, com redução das necessidades de educação especial e melhoria das adaptações comportamentais com repercussão na integração social. Parece também consensual que a combinação de programas mistos dirigidos aos pais e aos filhos, conjuntamente, surge como o tipo de intervenção mais rentável, sobretudo ultrapassado o curto prazo.

Poder-se-á também concluir que as intervenções dirigidas a jovens, designadamente pré-adolescentes, podem ser produtivas, o que faz renascer a esperança de que vale a pena intervir, qualquer que seja a fase do ciclo de vida da juventude e, também, qualquer que seja o risco anterior. Este fato é para nós especialmente sensível quando nos confrontamos com crianças e jovens privados do meio familiar, internados em instituições que visam conferir vivências tipo family-like, em idades distintas e em situações de privação, de abuso e de estresse crônico, sempre distintas e dificilmente comparáveis. A natureza dos estudos referidos traz ao debate o significado dos modelos teóricos porventura inspiradores das intervenções que a conjuntura moral nos impele a acionar.

A natureza dos estudos de Spitz e Dennis influenciou, até muito recentemente, a nossa percepção sobre os efeitos da negligência e do vazio de vínculos preferenciais, quando patente este ambiente de privação nas primeiras idades da vida da criança. A nossa visão pessimista, porém, passou a ser confrontada com outros estudos, dentre os que destacarei o de Skeels (em 1966) e outros mais recentes, constando de intervenções também feitas em orfanatos com diferentes padrões de institucionalização infantil.

Skeels provou que transferindo crianças com grande deterioração cognitiva de um orfanato desadequado em termos de favorecimento relacional para um outro tipo de instituição (no caso, foi um lar de senhoras idosas também com deterioração cognitiva, mas altamente motivadas para as brincadeiras e atividades infantis) conseguiu-se resultados espantosos de melhoria no desenvolvimento daquelas crianças, resultados estes que se mantiveram até a vida adulta.

Do mesmo modo, Dennis, em 1973, observou resultados similares com uma transferência institucional de crianças que passaram a ter um ambiente emocional adequado às suas necessidades e características individuais. Mais recentemente, com uma metodologia científica porventura mais exigente, Rutter e o “Era Study Team”, em 1998 e 1999, seguiram o desenvolvimento de crianças romenas que viviam em orfanatos sem qualquer tipo de condições de apoio nutricional e, sobretudo, afetivo, até serem adotadas por famílias inglesas. Os resultados foram tão notáveis como os que Skeels conseguira trinta anos antes.

O que estes e outros estudos assinalam é que o efeito catch-up (conceito que Tanner introduziu para testemunhar os efeitos da má nutrição precoce) pode ser assimilado para os resultados do foro psicológico e emocional. Os resultados encontrados, porém, têm de ser avaliados com mais profundidade, sobretudo a longo prazo, em função da qualidade e da especificidade das diferenças encontradas.

Outro grupo de órfãos romenos adotados por famílias canadenses foi estudado exaustivamente por Chisholm e colaboradores. As idades das crianças variavam entre oito meses e os cinco anos e meio. Quando Chisholm estudou a qualidade de vinculação entre as crianças provenientes dos orfanatos romenos, ele encontrou diferenças significativas entre o grupo de crianças que já tinham experiência de institucionalização e o outro grupo de crianças, também romenas, mas que não tinham passado pelo orfanato (adotadas antes dos quatro meses de vida). A qualidade de vínculo foi consideravelmente superior neste segundo grupo.

A qualidade da relação vinculadora, tão distinta e tão influente nos resultados do porvir, está, por sua vez, intimamente relacionada com outros fatores individuais de que são paradigma o temperamento e a resistência individual ao estresse. Em suma, há correlações significativas entre a individualidade e o porvir, em termos de desenvolvimento, nas intervenções destinadas a modificar o ambiente de crianças desfavorecidas.

Existem diferenças individuais em termos de suscetibilidade à adversidade e são estas características individuais que, somaticamente, constituem o que hoje chamamos de resiliência.

A resiliência modela os resultados das intervenções e este é outro fator fundamental para a nossa esperança. Rudolph Schaffer termina a sua reflexão sobre esta tão importante matéria com uma súplica que valerá a pena reproduzir: “as experiências precoces podem não ter um papel tão dominante no porvir; continua, porém, não comprometido, o pressuposto de que algumas crianças não conseguem resolver totalmente os problemas ligados às cicatrizes precoces”.

Na fase atual do conhecimento e em termos de uma projeção que importa fazer em face da problemática em juízo, privilegiamos seis modelos teóricos que constituem o nosso modo de entender a criança, a coerência das suas representações e a natureza das suas necessidades relacionais.

Em primeiro lugar, mencionaremos o modelo de Bronfenbrenner e Crouter que viabiliza, com uma coerência exemplar, os papéis da Pessoa (P), os do Processo (P) - fundamentalmente relacional -, os do Contexto (C) - preferencialmente cultural - e os do Tempo (T) - que determina os timings do ciclo de vida de cada um.

O segundo modelo, proposto por António Damásio, estruturalmente fundamentado na neurofisiologia com a correspondente evidência imagiológica, mapeia a estrutura da consciência humana e, nela, o sentido que cada um constrói de si próprio, em um pressuposto de sentimentos desenvolvidos a partir de emoções (em grande parte inatas) que, por sua vez, são reguladas por uma homeostase biologicamente organizada e que é intrínseca e específica para cada criança e para cada jovem.

O terceiro modelo, porventura sintônico com os anteriores, tem sido desenvolvido por Edward Tronick. Neste modelo, o princípio é o de cada pessoa possuir um sistema auto-organizado que congrega os seus próprios estágios de controle e de coerência, naturalmente reforçados e expandidos na convergência de uma comunicação diádica, mutuamente significativa e, por isso, influente.

O quarto modelo pertence, moralmente, a Daniel Stern. Ele explica o desenvolvimento relacional (designadamente o da mãe-filho) no contexto de uma dinâmica de intersubjetividade, entendida como processo estrutural do desenvolvimento afetivo. Através da intersubjetividade passamos a compreender melhor os fundamentos da vulnerabilidade individual, em função do modo como cada criança sente ou “lê” o que lhe acontece na sua vida de relação.

O quinto modelo é o que podemos chamar de “sistema relacional de segurança”, derivado

primariamente da teoria da vinculação de Bowlby, Ainsworth e colaboradores. A procura de um sistema de segurança que alicerce as relações de cada pessoa ao longo do seu ciclo de vida deriva deste modelo e é, também, sobre ele que tem sido proposto, como evidência, um sistema de controle a partir das relações da criança, quer com familiares quer com outros significativos.

O sexto modelo, proposto por Brazelton é, fundamentalmente, educacional e está embebido de um propósito preventivo em termos de intervenção familiar, designadamente de motivação parental. Identificamos este último modelo a um projeto apelidado de “touchpoints”.

Todos os modelos enunciados, ainda que sumariamente, ajudam a explicar os ainda misteriosos mecanismos que conferem (maior ou menor) sentido de coerência a cada bebê, a cada criança e a cada jovem. Em face do “estado da arte” julgo podermos enunciar algumas propostas operacionais destinadas a proteger a criança, conferindo-lhe sentido de coerência na base de uma intervenção preventiva que tem de ter em conta os determinantes da adversidade.

### *Estado da arte e propostas operacionais*

Juntando os modelos à evidência científica da investigação produzida, associando os paradigmas à experiência clínica, conferindo prioridade aos determinantes do ciclo da adversidade, poderemos, porventura, elaborar algumas propostas que sirvam projetos de mudança a favor da criança, nomeadamente quando ela foi negligenciada, abusada ou está em condições de risco.

Quando o Estado é o substituto tutelar da família, assume, para além de uma responsabilidade de guarda, a responsabilidade do exemplo e do testemunho, desejadamente inspiradores dos cuidados para com as crianças em risco em todos os quadrantes do território português.

Enquadremos, sumariamente, a filosofia, o quadro teórico e a realidade assumida:

1. O ciclo da pobreza, o ciclo da adversidade e o ciclo da violência interpenetram-se na gênese do vazio do afeto, da empatia, da tolerância, enfim, da confiança relacional.
2. A neurociência fundamenta, hoje, os mecanismos que sobrepõem a excitabilidade, o estresse e a agressividade primária ao controle emocional, à regulação cognitiva, à organização moral.

3. É a família a sede primeira e potencial da organização dos vínculos que condicionam o sentido de segurança e de pertencimento, os quais conferem, em ambiente de expectativas de afeto, a coerência em face da vida, dos outros e, sobretudo, em face de si próprio.
4. As experiências precoces durante o tempo de vida do bebê são potencializadoras e determinantes das sucessivas outras experiências ao longo do ciclo de vida.
5. A plasticidade do sistema nervoso central, não obstante o significado dos primeiros tempos de vida, viabiliza potenciais readaptações e fenômenos de catch-up psicológico, em qualquer das fases da infância e da juventude.
6. Todos os modelos teóricos que enunciam propostas para o entendimento da identidade e da circunstância de cada criança e que propõem sistemas de intervenção contingentes com as suas hipóteses convergem na valorização do clima emocional envolvente de cada criança, explicitamente tipificado na família estável e securizada.
7. Na ausência da família natural, compete aos substitutos parentais, aos educadores e às instituições a missão inalienável de garantir à criança, a qualquer preço e sem limites, a sua segurança física e emocional, a sua educação global, privilegiando os valores e a exemplaridade relacional, sendo, assim, responsáveis pelo potencial de recuperabilidade inequivocamente presente em cada bebê, em cada criança e em cada jovem.
8. Os fatores que se identificam com as diferenças individuais, designadamente o temperamento, a resistência à adversidade, a modelação individual em face do estresse, a capacidade de esperança e de entender a sua circunstância, enfim, a resiliência de cada criança e de cada jovem têm de ser tidos em conta em todas as estratégias interventivas, necessariamente personalizadas, de modo a garantir a sobrevivência e a realização total do sentido de coerência de cada um.
9. A vulnerabilidade da criança situa-a como um alvo de risco.  
A nova predação no nosso século existe, patente e soberana, dentro da nossa própria espécie.
10. O ciclo da adversidade de que a criança é vítima é um problema de valores de uma sociedade e, sendo assim, é inequivocamente uma expressão de cultura, muitas vezes desadequada em face das necessidades e das expectativas da criança.

11. Na coerência do exposto urge dar valor à família, promover a educação e o apoio parental, tal como urge assumir, com coragem, a denúncia de uma predação mistificada, tantas vezes, por absurdas intervenções políticas, sociais e legislativas.
  
12. É necessário investir, preventivamente, nas estratégias modelares que configurem coerência no triângulo criança-família-educadores/ profissionais, de modo a privilegiar a paixão relacional e, com ela, a confiança, a empatia, a tolerância e, sobretudo, a esperança.

*Artigo publicado em primeira versão em Portugal In: Para um sentido de Coerência na Criança Publicações Europa-América; 2005. 1q91-211*

## ***Criança, família e sociedade*** ***Ensaio sobre as origens do amor***

*João Gomes Pedro*

---

Como se fosse um filme em tempo real, imaginemos o sempre inesquecível e apaixonante jogo interativo de um bebê de seis meses. Completemos a fantasia e lhe chamemos Laura. Sem equívocos, Laura sabe com quem prefere brincar e, sobretudo, como e do que quer brincar.

É nesta altura que se torna bem patente o projeto do bebê que, desde o nascimento, é protagonista e se revela a quem, porventura, estiver disponível para o reconhecer. Este projeto do bebê (de desenvolvimento) é, de todos os projetos humanos, aquele que, sem dúvida, colhe maior rentabilidade e impacto. É que, nele, o bebê negocia a descoberta, a conquista e o envolvimento das suas relações mais significativas.

Na fantasia proposta terão reparado no olhar extasiado da Laura para a sua mãe, no ritmo alternante da sua comunicação, no ato de dar a vez atempadamente de modo combinado a cada nova oportunidade. Terão reparado ainda no sorriso da Laura e na força daquele querer partilhar o interesse e os desafios da sua mãe.

Estas são as forças da vida que saltam à vista se estivermos atentos a esta semiologia, quando porventura temos a oportunidade de observar uma criança (muito especialmente quando vemos seu envolvimento natural) nesta aventura da partilha, do jogo e da interação com a sua circunstância.

O que vimos, imaginando as forças da Laura, terá sido apenas um breve episódio de um contínuo que é a aprendizagem da convivência social, provavelmente o processo e o programa mais sedutor da vida humana.

Há muito pouco tempo, um pai de um bebê recém-nascido a quem eu perguntei qual era o seu projeto de brincadeira com o seu filho, em cada fim de tarde quando regressava à casa, respondeu-me assim: “Oh, senhor doutor, ele ainda não brinca; só me apetece é que passem estes dois anos bem depressa para depois poder jogar bola com ele e começarmos então a brincar ...”.

O que o pai desse bebê me disse não é uma figura do acaso nem um fenómeno isolado de

aculturação parental. O seu desabafo surge embebido de todo um modelo de saúde e educação que ignorou, durante anos e anos, as forças de cada bebê que, porventura, antes dos seis meses ainda não atinge a maturidade que a Laura tão exuberantemente revela.

Melvin Konner escreveu em um dos seus livros que cada vez que observa as espantosas competências comunicativas de um bebê de seis meses é tentado a julgar que nascemos todos precocemente, porventura alguns meses antes do devido. Eu próprio, em um escrito mais antigo, defendi que nascemos socialmente imaturos e que a natureza nos terá imposto essa antecipação temporal em função da extrema desproporção entre uma cabeça que cresce rapidamente e um canal pélvico que se mantém inalterável. Para Konner, aquela desproporção, alarmante em termos de sobrevivência da espécie, terá obrigado a natureza a fazer nascer os nossos bebês meses antes de estarem, de fato, prontos para as relações interpessoais.

Julgo ser este um dos grandes mistérios da natureza humana, potencialmente expresso nesta questão: os nossos primeiros meses de vida, não fora aquela desproporção crânio-pélvica, teriam podido ocorrer dentro do útero materno sem qualquer prejuízo aparente, pelo menos de ordem social?

Ao refletir de novo sobre as competências da Laura, percebemos que só agora, nesta idade, a Laura consegue reconhecer esta fundamental evidência das relações humanas – compreender e sinalizar a diferença entre se comunicar com quem se gosta e se comunicar com quem se não conhece ...

Se pudéssemos ainda fantasiar a vida ativa da Laura nos dois meses anteriores, muito provavelmente na transição entre os seus quatro e cinco meses, teríamos tido decerto a oportunidade de verificar uma das mudanças mais significativas que ocorre nas relações humanas. Refiro-me ao nascer da discriminação nas relações interpessoais.

Há pouco menos de três meses atrás, a Laura ainda distribuiria sorrisos a qualquer um que viesse e lhe fizesse gracinhas ou a pegasse ao colo. Mais ainda que esse sorriso, seria patente a constatação de que qualquer pessoa conseguiria consolá-la facilmente a cada vez que Laura rompesse em pranto por qualquer desejo não satisfeito.

Num instante, porém, tudo terá mudado na vida sensível das relações da Laura. Da indiscriminação quase total (convirá, de fato, não esquecer a seleção preferencial que a Laura faz pela sua mãe e pelo seu pai, desde que nasceu) passou a haver opções progressivamente melhor

demarcadas; a comunicação passou a ser seletiva; passou a emergir, direi, bem revelada, a semiologia da paixão e, se quiserem ainda, passou a revelar-se patente (e de forma tão sensível) a angústia da ausência dessa paixão.

É extraordinária, na pessoa humana, a evolução que vai desde a descoberta do outro significativo até o desespero que acontece com a substituição ou com a ausência dele. Essa evolução corresponde à maturação do vínculo e processa-se por um longo caminho – que vai desde o balbuciar desarticulado do bebê quando está só, até a mais elaborada construção verbal entre dois seres, traduzida por cumprimentos, insultos, interjeições de humor, metáforas ou, ainda, por juras de amor.

Na base de toda essa elaboração temporal estarão os primórdios da aprendizagem das relações, já bem patentes no bebê recém-nascido e que uma avaliação cuidadosa permite identificar através da semiologia das emoções. Refiro-me à identificação dos comportamentos de medo, angústia, apaziguamento, raiva, conforto, desafio ou ternura. Tudo isto existe no bebê com segundos de vida!

Porém, a construção elaborada do sentido do outro significativo ou o crescimento do amor por ele, é o processo mais sublime e mais complexo da vida, que faz cada um aprender a distinguir cada ser significativo durante sua existência. Todos conhecemos hoje o envolvimento e o desenvolvimento da competência dos sentidos que determinam e estruturam a hierarquização dos outros significativos. São todas essas competências, bem identificadas hoje na vida pré-natal (e que, se procuradas, podem ser salutarmente partilhadas entre profissionais e pais logo nas primeiras horas de vida), que evidenciam, fundamentam e potencializam os primeiros laços. A paixão que é algo sonhado, mas também descoberto – sabemos hoje que ela é regulada pela chamada biologia dos afetos, e é, naturalmente, veiculada pelos sentidos.

Do efêmero ao permanente, a diferença estará sempre no desafio da descoberta – grande tarefa dos profissionais da saúde e da educação, em uma missão que tem de ser conjunta e convergente.

De qualquer modo, sabem os teóricos da vinculação, sabem todos os clínicos atentos e, sobretudo, sabem-no os pais expectantes que os primeiros encontros, ou melhor, o tempo e o modo das primeiras relações são decisivos para a consistência dos laços. Nas primeiras semanas e meses de vida, o desenvolvimento das preferências iniciais pelo cuidador mais significativo – em geral, a mãe – é uma aventura espantosa que nunca nos cansamos de redescobrir.

A dependência que a proximidade afetiva com o outro significativo e preferencial acarreta determina que, aos seis meses, a simples troca desse outro significativo por uma pessoa a que se designou chamar estranha (e estranha, de fato, é na vida de relação da criança) induza a comportamentos que todos tiveram ocasião de imaginar.

A figura do estranho é uma figura de estresse e, perante o estresse, nestas e noutras ocasiões, o bebê dessa idade, tal como a Laura, manifesta já as suas preferências em função de uma alternativa de guarda ou de socorro. Poderá ser o avô ou a avó, poderá ser o pai ou um irmão mais velho, sempre disponíveis para uma atividade motora organizada em jogo, exuberante e envolvente, capaz de induzir de forma pronta e direta a resposta que se tem como contingente, por parte do bebê.

Na opção do bebê, inscrita em um espectro progressivamente mais dilatado de preferências emocionais, estará, em uma faixa, a representação sequencial do desenvolvimento dos vínculos. Neste mesmo contexto, poderá entender-se, tal como acontece com a abertura progressiva do diafragma do obturador de máquina fotográfica, a disponibilidade sequencial para as figuras de vinculação social que completam, em sucedâneo, o quadro dos outros significativos e que, no seu conjunto, formam o leque da representação social e emocional da criança.

As reações que o bebê evidencia perante o estresse, na segunda metade do primeiro ano de vida, representam aquilo que os antropologistas chamam de medos sociais. Esses medos ou reações de alarme – terminologia com que os puristas do estresse melhor se identificam – são hoje melhor conhecidos como expressões representativas dos vínculos preferenciais.

Apelidada de situação estranha, a simulação laboratorial do estresse consiste na construção artificial de oportunidades em que o bebê ora fica só, ora se confronta com um estranho ou, ainda, pode ser colocado perante representações de depressão na mãe.

Estas situações foram desenvolvidas e experimentadas pela primeira vez pelo psicólogo Jean Arsenian e, mais tarde, investigadas por Mary Ainsworth e seus pares, tendo como objetivo principal o propósito de testar a teoria da vinculação de John Bowlby.

Nunca será demais recordar que Bowlby interpretou primeiramente a ligação mãe-filho como uma adaptação em um contexto de evolução, destinada à profilaxia do afastamento materno, nomeadamente e principalmente em função dos predadores. Em uma interpretação an-

tropológica, também evolucionista, o medo ou a angústia da separação, será, do lado do bebê, a representação da outra face do amor.

Para os nossos antepassados, terá tido sentido a figura dos caçadores-predadores enquanto que, para a sociedade de hoje, a predação representará o assalto ao vínculo expresso – pelo estresse, pela violência, pela ruptura familiar, pelo apagamento das identidades e, sobretudo, pela contínua perda de oportunidades em construir laços, o que é patenteado por uma sistemática e progressiva menor atenção dos cuidados primários (tanto de saúde como de educação) para os tão decisivos primeiros tempos de vida.

Ainda em termos evolucionistas e de conservação da espécie, a primeira ligação socioafetiva da pessoa humana terá servido, desde sempre, a propósitos biológicos bem precisos.

Retenhamos as necessidades energéticas e o equilíbrio hidroeletrolítico que a amamentação, sempre disponível, viabiliza; retenhamos a estabilização da temperatura que o contato corporal mãe-filho facilita; retenhamos ainda a prevenção do risco de infecção que é realizada evitando-se contato com estranhos (e favorecida pela amamentação, com as propriedades imunológicas inerentes ao próprio leite materno).

Ainda em uma perspectiva de adaptação evolucionista, os primeiros laços servirão para fornecer, de modo mais significativo, os fundamentos emocionais da aprendizagem cultural. A fenomenologia da adaptação, em termos antropológicos, poderá ajudar, de um modo muito especial, à compreensão desta dimensão que, de fato, só existe na espécie humana.

Se entendermos que a linguagem, na nossa espécie, é o paradigma da comunicação social e das relações interpessoais, será necessário deduzir, em consequência, que a aprendizagem cultural, desenvolvida através da linguagem, exigirá uma maturação tanto emocional como afetiva muito profunda e necessariamente antecipatória à organização da linguagem verbal.

Tem-se escrito (e nós já o referimos anteriormente) que o bebê humano será um prematuro social, dado que nasce com a imaturidade que todos bem conhecemos. Essa pretensa “prematuidade” é consequência de uma manifesta impossibilidade de prolongar por mais tempo a vida intrauterina, em função de uma real incompatibilidade feto-pélvica que resulta, por sua vez, do progressivo aumento da caixa craniana, incomparavelmente superior, por exemplo, à dos nossos parentes símios, em função da óbvia natureza e dos destinos dos respectivos cérebros.

Adaptação, terá sido, assim, a palavra de ordem para a nossa espécie e sabemos, cada vez

melhor, quão crítico é este imperativo em um contexto de aprendizagem e de luta pela sobrevivência.

Os primeiros meses de vida desempenham, no bebê humano, um papel fundamental em termos de aprendizagem das capacidades destinadas a aprofundar e alargar o leque dos vínculos mais significativos, no espectro do envolvimento social de cada família. A aprendizagem da descoberta social alcança-se, neste primeiro período da vida, através de uma aquisição seletiva e progressiva que é comparável ao crescer das ondas em cada maré cheia.

O maior ou menor sucesso de cada um, na descoberta dos outros, ao longo da vida, assenta no modo como se constroem os fundamentos das primeiras relações e é nesse processo vital da aprendizagem que o bebê gasta parte da sua energia, ao longo dos dois primeiros anos de vida.

O desenvolvimento emocional baseado no afeto, nestes primeiros dois anos, estrutura o sentido ecológico e etológico da vida de relação do bebê e, por outro lado, assegura a hierarquia dos sistemas interiores, em interação contínua com o ambiente da criança. No mesmo contexto, com a emergência da linguagem, dois fatos críticos fazem completar o desenvolvimento do eu infantil.

Primeiro, o bebê concebe-se e assume-se como alguém significativo para os seus significativos, compreendendo esse assumir como sentir-se e saber-se capaz de exprimir esse ser-eu através da linguagem. O segundo fato identifica-se com o desenvolvimento progressivo desse sentido do eu. De fato, a maturação da linguagem faz emergir o bebê em um mundo cultural cada vez mais vasto - e é neste contexto que o bebê se transforma em criança e adquire, progressivamente, as competências sociais que o levam a partilhar as expectativas e as aspirações da cultura do seu mundo.

A base fundamental que assegura maior ou menor sucesso nessa integração foi denominada por Erikson de basic trust, ou seja, confiança básica. Para Erikson, o propósito fundamental dos primeiros dois anos do desenvolvimento humano é a construção de uma atitude de confiança para com o mundo e para com a vida. Erikson acreditava que essa atitude provinha de uma mãe indulgente e identificada como fonte de amor, figura essa potencialmente substituível pelo pai ou outro prestador primário de cuidados.

Neste constructo, a premissa lógica seria assim organizada: se for construída cedo uma atitude de confiança básica, essa organização inicial viabilizará a construção de novas atitudes

e autoconceitos de confiança ao longo da vida e, deste modo, ficará determinada a proteção ou resistência a todos os desafios ou mesmo desajustes de natureza psicológica.

Esta confiança básica de Erikson poderá ser entendida como algo de correlacionável com os mecanismos interiores de organização – “*inner working models*” – propostos por Bowlby. Nesse constructo de Bowlby e seus seguidores, o par mãe-filho é reconhecido como uma unidade dinâmica, ativa e mutuamente participante, em que cada membro da díade se adapta e se potencializa em função do outro, de modo a garantir, continuamente, as motivações necessárias e suficientes para então poder prosseguir adequadamente – interações sucessivas satisfatórias e revitalizadoras dos sistemas interiores de cada um.

Esse modelo de reciprocidade transacional é hoje reconhecido como um suporte teórico fundamental na compreensão de todo o desenvolvimento infantil. É ainda nessa base que se pode conceitualizar a evidência de que todas as modalidades existenciais do indivíduo, tanto na saúde como na doença, são inseparáveis dos efeitos transacionais contidos nos sistemas interiores de regulação, em toda a continuidade do nosso desenvolvimento.

As relações entre os comportamentos mais precoces e mais tardios terão de ser, assim, compreendidas à luz da maturidade de uma experiência inserida na dinâmica daqueles sistemas interiores, mediada naturalmente pelas flutuações próprias dos componentes biocomportamentais, assumidos como únicos na individualidade de cada pessoa.

Na conceitualização de Bowlby, reativada por Sroufe, Bretherton e Waters, os modelos organizativos interiores que o bebê constrói, desencadeados pelas primeiras situações gratificantes com a mãe, não serão propriamente reformulados quando ocorrer cada nova experiência – pois será cada nova experiência que se integrará à teia já tecida.

Nesse contexto, a mudança entendida como adaptação é sempre algo de ativo e não um processo determinadamente passivo. Desse modo, os modelos organizativos interiores estarão constantemente a ser transformados, embora a sua estrutura básica, entendida como alicerce inicial de um projeto em desenvolvimento, seja o determinante mais influente em todo um porvir.

Os modelos organizativos interiores serão, assim, representações embebidas na experiência precoce que ajudam a criança a associar as suas novas experiências com as suas figuras de vinculação e, desse modo, a construir novas imagens de si e dos outros. Ainda nesse contexto,

a forma como cada criança reage a situações de estresse será de algum modo a leitura dos seus sistemas interiores e dos seus processos de vinculação e, por essa via, será algo de preditivo dos seus comportamentos nas suas relações posteriores. Nesse constructo, é possível configurarmos as expressões das diferenças individuais em face das múltiplas situações estranhas que, experimentalmente, Ainsworth idealizou para, de certo modo, recriar hipóteses reais do cotidiano.

Para Ainsworth, existem, basicamente, três tipos de bebês (A, B e C) de acordo com as suas reações quando reencontram as suas mães após uma separação experimental vivida em laboratório. O grupo B de bebês é o mais prevalente. Esses bebês são os que, quando ocorre o reencontro, evidenciam prazer com a suspensão da frustração, prazer esse expresso por sinais de comunicação física, visual ou sonora. Esses bebês foram classificados como vinculadamente seguros ou confiantes. Os bebês A, chamados de inseguros ou evitadores, como que ignoram as suas mães quando as reencontram, embora alguns possam exibir algum comportamento de procura de proximidade. Os bebês do grupo C combinam angústia e rejeição com algumas tentativas para restabelecer o contato com a mãe no reencontro e, de acordo com todos esses comportamentos, foram chamados de ambivalentes.

Essas três categorias, que agrupam os comportamentos mais relevantes da “Situação Estranha”, foram sistematicamente reencontradas e identificadas com fiabilidade em estudos posteriores que, sucessivamente, revisitaram a situação experimental do reencontro.

O que permanece como controverso é o que, de fato, é medido ou avaliado pela “Situação Estranha”. A expressão de cada modalidade – A, B e C – será a da vinculação propriamente dita ou, apenas, a representação de alguns aspectos contidos ou garantidos pela relação primeira?

Os bebês B, assumidos como tendo uma vinculação segura ou de confiança (se quisermos visitar aqui a menção Ericksoniana), contrastam com os bebês A e C, assumidos como portadores de uma vinculação insegura. Qual o significado potencial desta semiologia em um contexto de desenvolvimento, cada vez mais entendido como um processo de elaboração individual que se transaciona continuamente no envolvimento com os outros?

Nesse envolvimento, entende-se que uns serão mais, outros menos significativos, mas cada um terá a sua própria expressão de segurança nos seus sistemas de vinculação, ou seja, nas relações que estabelece com a circunstância de si próprio e de cada outro.

No nosso estudo, em que introduzimos o *still-face* como modalidade da situação estranha,

os bebês do nosso grupo experimental (que, de acordo com a nossa hipótese, teriam se beneficiado com a intervenção feita pelas suas mães, no seu terceiro dia de vida), manifestaram comportamentos de menos prazer e menos afeto (através das suas expressões faciais) quando reencontraram as suas mães. Quer dizer, ter-se-ão comportado não como bebês B, porém mais como bebês C, na classificação proposta por Ainsworth. No nosso entender, essa expressão comportamental não poderá ser entendida como sinal de uma pior qualidade interativa mas até, pelo contrário, será reveladora de uma maior sensibilidade ou receptividade face ao observador que se confronta com uma expectativa.

Os nossos bebês do grupo experimental terão ficado mais perturbados pela ruptura das regras interativas que, supostamente, faziam parte de uma lógica contida nos seus modelos de organização interna. Visto de outro ângulo, esses bebês estariam mais disponíveis e atentos em face das modalidades comunicativas das suas mães e, também, da sua própria capacidade e competência em serem parceiros significativos de comunicação. Nesse contexto, se compreenderá a sua maior perturbação em face do que, para eles, terá sido assimilado como absurdo e inesperado.

Podemos, porventura, conceitualizar que ou o *still-face* determina outras modalidades de resposta distintas da “Situação Estranha” original, ou que as classificações inicialmente propostas serão elas próprias ambivalentes em face das transações possíveis, eventualmente ainda não totalmente reconhecidas, nomeadamente a partir de situações também ainda só experimentais, como é o caso do nosso estudo centrado em uma intervenção precoce. A nova problemática está implicada no sentido de coerência que a criança interpreta e incorpora.

Um aspecto extremamente interessante que resultou da proposta de Ainsworth é a preditabilidade dessa nova expressão semiológica. Para mim, esse aspecto é crucial em termos de prevenção e promoção de bem-estar quando equacionada essa dimensão fundamental do desenvolvimento humano: criança, família, sociedade.

O que foi notável no estudo de Ainsworth foi a descoberta de que a sensibilidade natural ou afinidade entre a mãe e o bebê – aquilo a que chamamos hoje de contingência – avaliada aos seis meses de idade prediz uma relação de confiança a um ano de idade. Apesar desses resultados terem sido fiabilizados em, pelo menos, seis estudos posteriores, ainda pouca gente acredita totalmente nisso. É que, de fato, a ser verdade, o silogismo será este: boa contingência hoje, boa vinculação amanhã! É claro que teremos que ser muito flexíveis e cuidadosos em uma interpretação profunda dessa premissa.

Um estudo levado a cabo nos E.U.A., precisamente em Minneapolis, citado por Konner, confirma essa dificuldade de interpretação. Em duzentas díades, classificadas socialmente como classe pobre e desprotegida, trinta e uma mães foram identificadas como inadequadas nos cuidados com os seus filhos, isto é, não realizavam bem a mudança de fraldas, deixavam os seus bebês sós e não tomavam conta deles, responsabilmente, quando doentes. Em um outro estudo, trinta e três mães da mesma classe foram classificadas como excelentes na expressão dos cuidados e atenção prestados aos seus bebês.

Este tipo de avaliação materna foi efetuado todos os três meses até ao fim do primeiro ano de vida. Aos doze meses, então, foram avaliadas as díades através da “Situação Estranha”. No grupo em que os cuidados maternos eram excelentes, a proporção de bebês B (vínculo seguro) foi de 75%, proporção essa superior à habitualmente verificada nas classes sociais média alta e superior. Em contrapartida, no grupo de mães descuidadas, só 38% dos bebês foram classificados como B.

Esses resultados, em uma primeira análise, foram interpretados como fortemente confirmativos da tese contingência-vinculação (“*attunement-attachment*”). O problema, porém, surge com as avaliações posteriores. É que aos 18 meses, por exemplo, quando a “situação estranha” foi de novo testada, já não se verificaram diferenças significativas entre os grupos.

O que aconteceu foi que os grupos se alteraram, nomeadamente porque a qualidade de cuidados reverteu para melhor em algumas díades por correspondente melhoria da condição econômica e social das famílias. Por outro lado, terá acontecido, também, provavelmente, que alguns bebês *resistentes* ou *ambivalentes* (bebês C) terão passado para o grupo dos *evitadores* (bebês A). Quer dizer, depois de meses de protesto, estes bebês ter-se-ão resignado – o que significará como que um relativo desistir das suas mães.

Se refletirmos ainda em conjunto sobre os resultados de tantos outros estudos que se têm debruçado sobre a vinculação em várias culturas e em diversos países, constatamos que as diferenças são grandes mesmo dentro de cada país, fazendo crer que há vários fatores determinantes no modo e na elaboração do vínculo, tal como vimos a propósito da condição econômica e social.

Diríamos, em suma, que a classificação sumária de bebês nos grupos A-B-C reflete, de fato, de forma sensível a qualidade do vínculo, mas esta qualidade terá que ser compreendida e

interpretada em função de outras variáveis. Voltará aqui a ter sentido a nossa reflexão sobre os resultados do nosso estudo, que aos doze meses de idade introduziu o still-face como uma modalidade de “situação estranha” com um propósito de indução de estresse às díades que faziam parte da nossa amostra.

Uma das variáveis mais significativas que faltará equacionar será a característica inata do temperamento individual. Todos conhecemos o que são as expectativas maternas em face do bebê sonhado e todos conhecemos o que significa o confronto, por vezes tão penoso, entre a fantasia e a realidade. Um dos grandes desafios que é hoje enfrentado por jovens pais, que vivem com ansiedade e alguma frustração o nascimento do seu filho, é esta desadequação, associada ao despreparo que sentem em face do desajuste e, por vezes, do desencanto.

Com a redução da natalidade e com a divulgação atual, feita pelos media, de tudo que é psicológico e que envolve os cuidados à criança, cada filho cobre-se de ouro e se precipita a grande questão na mente dos seus pais: “Somos nós capazes e competentes para criar este bebê, este nosso filho?!...Toda a gente sabe tanto e nós só sabemos que não sabemos nada...”

Aquela variável temperamental que hoje conseguimos esclarecer de forma tão profunda logo nas primeiras horas e dias de vida através da avaliação neuro-comportamental dos bebês (NBAS) terá, de fato, que passar a entrar na nossa avaliação conjunta – temperamento, vínculo e comportamento.

Assumamos alguns exemplos: os bebês difíceis, aqueles que continuamente choram mais do que a expectativa das suas mães, os que se consolam com mais dificuldade do que porventura era fantasiado, os que “aguentam” o alerta menos do que o sonhado, enfim, os bebês “difíceis”, exasperam as suas mães, podendo levar a cuidados mais inadequados e impróprios e, também, a uma vinculação mais insegura ou seja, de menos confiança.

Por outro lado, os bebês B, “melhor vinculados”, podem ter temperamentos distintos que vão desde o ativo ao inativo, do fácil ao difícil, do calmo ao irritável. Esses mesmos bebês, quando vivenciam o reencontro após a “situação estranha”, podem manifestar comportamentos extremamente variáveis. Alguns demonstrarão exuberantemente a sua alegria, enquanto outros exibirão algum agrado, guardando, porém, uma certa distância nos primeiros instantes.

Assim, se dermos prioridade a uma classificação temperamental, alguns bebês do grupo A – “evitadores” – agrupar-se-iam melhor com alguns do grupo B que, embora comunicando-se

com a mãe no reencontro, guardam alguma distância ou, se quiserem, algum ressentimento.

Talvez por isso, o *still-face* nos bebês que tiveram a oportunidade da intervenção precoce que criamos no nosso estudo, terá, porventura, mergulhado mais fundo no temperamento de cada bebê e terá feito, assim, “explodir” de algum modo mais ressentimento do que se poderia esperar em função dos outros resultados que aquela nossa intervenção induziu. Talvez por isso, também, a “situação estranha” medirá algo que tem a ver, de fato, com as relações, mas não tudo – ou mesmo só parte da personalidade inata de cada bebê.

Precisamos, porventura, de mais modelos e de outros instrumentos para ir mais fundo na avaliação desse mistério que está contido nas relações interpessoais, sobretudo nas supostamente significativas.

Quando se equaciona um tema como esse – Criança, Família, Sociedade – cada vez mais a problemática que percebemos como prioritária envolve o modo como as ondas se propagam, ou melhor, o modo, o *timing* e a amplitude como se processam essas ondas. Dito de outro modo, partindo da criança para a família e continuando da família para a sociedade, o mais relevante será a construção sucessiva e ampla das relações e, nesse ondear, será essencial entender cada vez mais o que é que está no meio e que influencia a quebra da onda, quando ela bate na areia, na borda do lago ou no coração de alguém. As origens do Amor permanecerão, porventura, um mistério ...

A problemática da importância das primeiras relações é assumida hoje como crítica para o estabelecimento de estratégias interventivas por parte dos profissionais de saúde e educação que, sintônica e conjuntamente, estão preocupados com a prevenção dos riscos e com o atenuar das vulnerabilidades.

A nossa espécie pertence ao grupo dos animais classificados como primatas diferenciados e que inclui, além de nós, os macacos, os chimpanzés e os gorilas. Todos demonstram comportamentos de cuidado e de ternura para com as crias, em uma primeira fase do seu desenvolvimento, e é manifesto que o vínculo criado é bilateral, é forte e é crescentemente progressivo ao longo dos primeiros tempos de vida.

A privação ou deterioração experimental provocada em macacos ou chimpanzés, já que por razões éticas só neles é viável induzir aquela privação, leva a manifestas alterações do comportamento das crias, quiçá mesmo grotescas formas de conduta. Todos conhecem a hiperagressi-

vidade de chimpanzés que foram privados de pequenos *timings* de contato com as suas mães; hiperagressividade essa combinada com comportamentos de autoembalamento, automorde-dura e, mais tarde, com a incompetência sexual e negligência parental.

O que provaram os estudos nesses animais e, sublinharei, os efetuados por Harlow e Hinde, é que a intrusão expressa por uma intervenção perturbadora (assumida como variável independente) da relação mãe-filho conduz a efeitos desastrosos na relação e nos comportamentos individuais.

Há quinze anos atrás, vários investigadores – e nós incluímo-nos nesse grupo – estudamos entusiasticamente os efeitos diferenciais daquela variável independente, reformulada logo no período neonatal, nomeadamente no que respeita ao contato precoce entre mãe e bebê. Esses resultados foram consistentes no que respeita a efeitos a muito curto prazo, mas obviamente revelaram-se nulos assim que o curto prazo se transformou em média ou mesmo longa distância, em função da intervenção efetuada.

Quer dizer, o contato precoce é apenas um degrau na longa escada dos processos que viabilizam o vínculo. Acreditamos ainda hoje que foram fundamentais aqueles estudos para demonstrar que aquele degrau era decisivo, tantos eram ainda os detratores e os incrédulos em face da construção biológica e psicológica do amor.

O que hoje acrescentamos àqueles estudos é o significado da sedimentação progressiva e consistente das outras experiências vinculadoras. A teia constrói-se com a certeza (que a mãe vai elaborando dentro de si) de que aos dois ou três meses o seu bebê responde adequadamente à sua comunicação através de um sorriso ou de uma vocalização contingente; a teia constrói-se com a constatação gratificante dessa mãe perante o fato do seu bebê (com cerca de seis meses) a preferir nitidamente em face de outros estranhos ou até mesmo de outros familiares não tão próximos. Decisivas serão ainda todas essas experiências gratificantes revisitadas aos doze meses quando ela constata, então, a explosão de alegria do seu bebê quando ele volta para o pé dela após um afastamento qualquer, mesmo que breve.

Esses serão os outros degraus, ou se quiserem, as ditas ondas em círculos concêntricos, progressivamente propagadas e assimiladas e que, consolidam, através dos laços, o primeiro impacto. Esse primeiro impacto, ainda na mesma imagem, será a pedra atirada ao lago, será a realidade biológica de uma gravidez ou de um nascimento, sucedida por uma propagação suave e constante de outras ondas (eu diria quase intermináveis) e que associamos ou iden-

tificamos, contingentemente, com a construção psicológica e social das relações. Tudo isso leva à construção do eu emocional e social que faz de cada um de nós alguém que só se pode sentir bem em interação com outros que nos querem bem. O mistério do enigma das origens do Amor é esse.

Estamos, hoje, todos – profissionais da saúde e da educação, antropólogos, sociólogos, psicólogos, médicos, enfermeiros e muitos outros – interessadíssimos em mergulhar mais no mistério e, em conjunto, tentar perceber mais e melhor quais os determinantes que influenciam o jogo das forças e das fraquezas que viabilizam a trajetória afetiva e social de cada pessoa, de cada criança. Por isso, fundamental será o estudo e a avaliação, em cada ponto de mudança do desenvolvimento, da vulnerabilidade versus resiliência de cada pessoa e, em especial, de cada criança, em particular no que se refere à sua adaptação ao jogo social e ao desafio vincutivo. Será, se quiserem, prestar mais atenção às ondas.

Em um outro ângulo, perspectivar o conjunto de forças que influenciam esta tríade – Criança, Família, Sociedade – implicará conhecer melhor quais os outros determinantes fundamentais que influenciam cada trajetória individual.

Perguntando de outro modo: quais os grandes desafios sociológicos da nossa era, quando equacionamos prioritariamente o desenvolvimento emocional das nossas crianças em função das suas relações mais significativas? À formulação dessa questão várias respostas poderão estar corretas. Essa questão é, de fato, um desafio e ele é, por sua vez, um detonador essencial para a nossa reflexão e para uma intervenção adequada e combinada dos profissionais da Saúde e da Educação.

Não há dúvida que o envelhecimento progressivo da população, o declínio da natalidade, o incremento dos sinais de ruptura familiar, o desenvolvimento galopante do fundamentalismo religioso são, entre outros, alguns dos grandes desafios sociológicos da nossa era. Porém, um outro, a entrada maciça da mulher no mercado do trabalho do nosso tempo, terá que merecer uma atenção muito especial por parte de sociólogos, psicólogos e clínicos.

Cerca de 90% das mulheres portuguesas trabalham (para além do seu envolvimento caseiro), 90% delas *full-time* e tudo isto se conjuga para o fato de Portugal ser o segundo país da União Europeia em percentagem de massa trabalhadora feminina. Numa apreciação global, poder-se-á dizer que, de algum modo, em muitos países da Comunidade Internacional, tal como em Portugal, cerca de 90% das mulheres combinam trabalho com maternidade no per-

curso da sua vida em que a reprodução é viável.

Essa realidade representa uma transformação cultural enorme com implicações profundas para a criança e para a família. A maior implicação dessa realidade é o fato de que a maior parte das crianças que pertencem a essas famílias, em que ambos os progenitores trabalham, precisa frequentar creches e jardins de infância desde os primeiros meses de vida ou, pelo menos, ter alguém que cuide delas – familiares ou babás – durante o período em que os pais trabalham.

Sabemos hoje que a circunstância de a criança passar umas horas do dia com estranhos não é, em si mesma, um inconveniente maior. Sabemos também que estar na creche provoca um desenvolvimento intelectual mais rápido, sendo, porém, esse fato provisório apenas uma potencialização de competências.

A “situação estranha” foi utilizada de forma repetida em bebês que frequentam serviços de educação e não se constataram diferenças significativas relativas ao choro após a separação da mãe quando comparado o grupo de bebês da creche com um grupo-controle de bebês que permanecem em casa. Porém, ao considerar-se não só o conceito de separação mas, especificamente, a altura da reunião quando ocorreu o reencontro, parece que os bebês do grupo das creches manifestam sinais de vinculação mais insegura.

Qual o significado dos resultados das investigações feitas nessa área quando equacionados em função da teoria da vinculação e da pragmática clínica e educacional que todos temos de gerir?

A meu ver, duas dominantes deverão influenciar o nosso juízo. Uma é ditada pelo bom senso que envolve, nomeadamente, o nosso apoio potencial à qualidade das primeiras ligações e que será naturalmente reforçado por tudo o que existe já bem provado – o apoio à gravidez, à consulta pré-natal, o contato precoce, as intervenções pós-natais, o envolvimento familiar. A outra implica ter cada vez mais em conta todas as variáveis envolventes da creche e jardim infantil. Haverá que considerar, assim, a qualidade dos educadores, o seu número e, sobretudo, o grau de rotação, ou seja, os seus turnos com a respectiva implicação na duração e qualidade dos vínculos.

No fundo, a grande questão é a que é formulada por Alison Clarke-Stewart – “O emprego materno é uma realidade; a questão hoje não é saber se os bebês devem ou não ir para a creche, mas sim a de considerar como eles poderão ali desenvolver do melhor modo as suas experi-

ências em continuidade com as de suas casas, em função do seu desenvolvimento individual e relacional e na medida das expectativas e dos sentimentos dos seus pai”.

A problemática do encontro sucessivo entre aspirações e realidade com a subsequente construção da autoestima em uma referenciação social progressiva é a grande questão a ponderar quando equacionamos Criança - Família - Sociedade com as origens do Amor.

Não é crível ser em um mero acidente evolucionista que os comportamentos de referenciação social e os que traduzem o protesto quando da separação mãe-bebê surjam expressos na coincidência temporal de um desenvolvimento motor que permite ao bebê começar a separar-se progressivamente da mãe. Os riscos que estão envolvidos nestes grandes saltos que se identificam com as distâncias progressivamente conquistadas – engatinhar, andar, correr etc. – estão manifestamente diminuídos nas crianças que estabelecem desde cedo padrões de ligação segura com as suas mães. É que, afinal de contas, não é o desenvolvimento motor a força decisiva e mais determinante do porvir. A questão que Piaget já formulara tem que ser de novo revisitada – onde é que a maturação se cruza com a experiência e é potencializada por ela?

Eu responderia hoje que o mistério está na ligação, ou melhor, na força da ligação. É esse o mistério que dá sentido à construção das ondas de desenvolvimento a partir das primeiras experiências significativas. São essas as ondas que dão sentido à construção da autoconsciência do eu, à autoconsciência da família, à autoconsciência da sociedade e a um sentido global de coerência, indispensável ao desenvolvimento humano e, nele, ao desenvolvimento do Amor.

Voltemos à fantasia inicial, centrada na Laura. A reação ao estranho, o reconhecimento da separação, a ansiedade de perda fazem parte do ordenamento de uma referenciação social, ou seja, da construção de uma intersubjetividade que faz visitar, continuamente, em cada criança e em cada percurso de interação, a questão do significado das ligações, da sua confiança, da sua segurança e, sobretudo, a questão da expectativa antecipatória em função de cada nova experiência.

Em saúde, em educação, em justiça, dar atenção ao vínculo é dar uma mão ao futuro. Criança, Família, Sociedade são as ondas de um enorme lago onde nós e os outros mergulhamos e navegamos, sem conhecer exatamente a que distância da margem a pedra, efetivamente, caiu. Será o rechaço de cada onda, em cada ato da nossa vida que nos fará crer que, mais do que a margem, é a força da onda que nos marca o rumo e faz construir a nossa coerência.

## ***Do abrigo ao acolhimento: importância do vínculo nos cuidados institucionais***

*Dirce Barroso França*

---

### ***Introdução***

A designação da medida protetiva prevista no artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem sido alterada ao longo dos anos: de “orfanato” para “abrigo” e deste para “entidade de acolhimento”. A alteração reflete, no primeiro caso, o reconhecimento quanto ao fato de que a maioria das crianças e adolescentes que ali vivia não era órfã, mas que, ao contrário, tinha família. Por sua vez, esse reconhecimento permitiu que se deixasse de ignorar a realidade dessas famílias e, pouco a pouco, se desse ênfase à necessidade imperiosa de promover ações que permitissem o retorno à ela. Dessa forma, a tônica dos discursos sobre o tema passou a ser a importância do trabalho de investimento na família de origem (ou natural, como se encontra designado na Lei 12.010/99).

Dessa mudança de perspectiva resultou o Plano Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária que enuncia, dentre suas diretrizes: (1) a **centralidade da família nas políticas públicas**; (2) a **primazia da responsabilidade do Estado no fomento de políticas integradas de apoio à família** e (3) o **reconhecimento das competências da família na sua organização interna e na superação de suas dificuldades**.

Com o advento da Lei 12.010/99 (equivocadamente denominada pela imprensa como “a lei da adoção”), vimos surgir no horizonte uma nova designação para os antigos “orfanatos” ou, mais recentemente, “abrigos”. Para além de uma simples mudança de nomes, que implicações práticas poderão advir desse fato? Essa é a reflexão que gostaria de propor no presente texto.

Tenho sempre procurado trazer ao debate minha preocupação quanto à construção do espaço institucional como espaço de **proteção** e tenho defendido em todos os momentos que a proteção preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, para ser efetiva, deve apoiar-se na qualidade do **vínculo** estabelecido entre profissional e criança. Proponho-me, então, a demonstrar que a mudança do termo **abrigo** para **entidade de acolhimento**, com ênfase no segundo elemento do termo, ou seja, no **acolhimento**, poderá nos servir como ponto de partida

para mudanças concretas na qualidade do atendimento ofertado por essas instituições.

Ao se utilizar o termo **abrigo**, a primeira noção que nos vêm à mente refere-se à **dimensão física** desse espaço. De acordo com Antônio Houaiss, a primeira acepção do termo é “local que serve para abrigar”. Apenas por extensão, ou figurativamente, o termo assume a acepção de “tudo aquilo que possa significar amparo ou acolhimento”.

Já em referência ao termo **acolhimento**, que é o ato ou efeito de acolher e proteger, a ênfase recai imediatamente no reconhecimento da existência de dois sujeitos: um que acolhe e outro que é acolhido. Portanto, saímos da dimensão espacial para valorizarmos a dimensão relacional que se estabelece entre os sujeitos.

Para que um ser venha a se constituir como humano é imprescindível que um outro ser humano dele se ocupe. É sabido que, de todos os animais, somos nós, os humanos, os mais dependentes e frágeis. Dependemos de um outro que cuide de nós e não apenas no que se refere às nossas necessidades básicas para sobrevivência, como na alimentação. Precisamos de um outro que nos ame, que conosco estabeleça um forte vínculo. Esse vínculo é como um fio que nos mantém firmemente atados à vida. Para todos nós, humanos, em qualquer idade, essa é uma realidade. Mas é uma realidade ainda mais significativa e verdadeira nos primeiros anos de vida. Quanto mais nova a criança, tanto mais esse fato se impõe, pois, do ponto de vista emocional e psíquico, os primeiros anos de vida são o fundamento para todo o desenvolvimento posterior. Será pelas experiências nesses primeiros tempos e em estreita relação com um adulto que a criança configurará uma autoimagem, estabelecerá as bases para futuras vinculações afetivas, definirá seus mecanismos de defesa preferenciais, enfim, se organizará psiquicamente.

Se temos a sorte de contar com esse forte vínculo nos primeiros tempos da vida, isso nos capacita a suportar melhor as dificuldades e percalços que a vida nos impõe. Tecnicamente denominamos essa capacidade de resiliência ou capacidade de resistir. Ora, a realidade das entidades de acolhimento nos coloca a tarefa de lidarmos com crianças que ou muito cedo perderam essa vinculação primária ou possuíam um vínculo marcado pela fragilidade ou inadequação.

A garantia de que a entidade de acolhimento, em suas várias modalidades (casa de passagem; casa-lar; abrigo institucional para pequenos grupos), opere efetivamente como um espaço de proteção requer que se dê especial atenção à qualidade do vínculo entre profissional e criança. Uma das tarefas fundamentais no âmbito da entidade de acolhimento, senão a mais fundamental delas, é a de possibilitar o estabelecimento desse vínculo que permitirá à criança

aumentar a sua resiliência.

Para que se possa compreender a riqueza e complexidade das operações psíquicas que estão na base desse vínculo, será preciso que recuemos um pouco e possamos atentar para os processos de maturação e desenvolvimento presentes a partir do primeiro dia de vida. Após esse breve passeio por algumas noções básicas sobre o desenvolvimento infantil e a importância do adulto nesse processo, retomaremos a especificidade de nosso tema para pensarmos nos procedimentos a serem adotados nas entidades de acolhimento de modo a garantir a qualidade dos cuidados nesses espaços institucionais. Diversos pesquisadores contribuíram para nossa compreensão acerca desse tema, mas creio que cabe destacar as contribuições de René Spitz e John Bowlby.

#### *A contribuição de René Spitz<sup>1</sup>*

*‘O primeiro ano de vida é o período mais plástico no desenvolvimento humano. Nunca mais na vida tanto será aprendido em tão pouco tempo’  
(SPITZ, op. cit., p. 109).*

René Spitz, cujas observações do comportamento infantil antecedem a teorização de Bowlby, ao descrever como o recém-nascido tem êxito na extraordinária tarefa de dar sentido ao universo caótico de impressões sensoriais às quais se encontra submetido, apresentando fatores que são de âmbito **interno ao bebê** e fatores que são *ambientais*.

Os fatores internos relacionam-se, fundamentalmente, à existência de uma barreira de estímulo que, por si só, protege o recém-nascido da maior parte dos estímulos aos quais estamos submetidos. O processo mental de entrada de estímulos desenvolve-se gradualmente, em relação direta com a capacidade de maturação da criança para a ação voluntária.

Os fatores ambientais relacionam-se, essencialmente, ao adulto de referência que promove os cuidados primários (em geral, mas não necessariamente, a mãe). Por um lado, esse cuidador primário cria um ambiente que protege o bebê fisicamente para que este não seja sobrecarre-

---

<sup>1</sup> René Spitz (1887-1974) foi, talvez, o pioneiro na utilização da observação direta como modo de investigação em psicanálise. Suas refinadas observações, que se tornam sistemáticas a partir de 1935, permitiram-lhe demonstrar “como o crescimento e o desenvolvimento do setor psicológico são essencialmente dependentes do estabelecimento e progressivo desdobraimento das relações objetais, cada vez mais significativas, isto é, das relações sociais” (SPITZ, René. 2ª ed. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes, 1998).

gado com estímulos de qualquer espécie. Por outro, em acréscimo à proteção oferecida contra os estímulos externos, a mãe permite também a descarga dos estímulos internos representados pela fome, frio, desconforto por estar molhado, por meio de ações eficazes (alimentar, cobrir para proteger do frio, trocar a fralda, etc).

Spitz, em conclusão a este tópico, afirma:

*Sem dúvida, o fator mais importante para tornar a criança capaz de construir gradualmente uma imagem coerente de seu mundo advém da reciprocidade entre mãe e filho. [...] Esta forma muito especial de interação cria para o bebê um mundo exclusivo que é bem dele, com um clima emocional específico. É este ciclo de ação e reação que torna o bebê capaz de transformar gradualmente os estímulos sem significado em signos significativos (SPITZ, op.cit., p. 43).*

O apaziguamento das tensões - provocadas tanto pelos estímulos internos quanto pelos externos - é condição essencial para a expansão das fronteiras de ação do bebê. Gradualmente o bebê torna-se cada vez menos reativo e mais ativo. Spitz distingue diferentes estágios no desenvolvimento psíquico e social, cada um representando um estágio superior ao do estágio antecedente. Sem nos alongarmos demasiado na descrição desses estágios<sup>2</sup>, podemos dizer que o bebê evolui de uma condição na qual termos como **eu e outro** não fazem qualquer sentido (pois não há diferenciação entre o mundo interno e o externo), que é designado por **estágio pré-objetal**, para um estágio no qual o outro, como alguém externo e independente do bebê, se encontra inteiramente consolidado - **estágio objetal**.

Embora a idade com que a criança passa pelas diferentes etapas de desenvolvimento varie, a sequência de aparecimento dessas diversas etapas não muda e cada estágio apresenta uma série específica de problemas e desafios para a criança. É importante levar em conta que os momentos de transição de um estágio a outro são especialmente delicados, pois nessas transições o bebê está começando a exercer novas competências que ainda não estão de todo consolidadas; sua organização psíquica ainda é instável e a exposição a condições adversas nesses momentos pode trazer consequências permanentes.

No ambiente familiar, no qual a mãe ocupa-se de um bebê a cada vez e as condições para a adequada sintonia entre os dois são mais favoráveis, torna-se mais fácil ao adulto reagir de modo sensível às mudanças apresentadas pelo bebê à medida de seu desenvolvimento. No am-

---

<sup>2</sup> Para aprofundamento sobre o tema, é imprescindível a leitura da obra básica de Spitz anteriormente citada.

biente de cuidados coletivos, como é o caso das entidades de acolhimento, os profissionais deverão apoiar sua sensibilidade no conhecimento sobre os diferentes estágios - levando em conta não apenas as suas manifestações típicas - mas também os desafios com os quais o bebê está lidando e as possíveis consequências negativas que mudanças ambientais aleatórias e arbitrárias podem ter sobre o bem-estar e desenvolvimento da criança. Por essa razão, é importante levar em conta que “Modificações no ambiente que, para o adulto, são pouco importantes, podem exercer profunda influência no bebê, com sérias consequências que podem levar até a patologia” (SPITZ, op. cit., p. 117).

Conhecedor dessas características do desenvolvimento infantil, o profissional responsável pelos cuidados à criança em medida protetiva deverá buscar uma relativa padronização dos cuidados que permita ao bebê desenvolver a noção de *continuidade* de seu ser<sup>3</sup>, que lhe será dada na interação com o adulto. É por esta razão que, nos casos em que diferentes profissionais se ocupam do bebê, o ideal é que se fixem turnos de trabalho de modo a reduzir os efeitos da variação de estilos entre os profissionais e permitir que a criança vá estabelecendo ritmos e padrões de acordo com o profissional. Dessa forma, se na entidade de acolhimento a educadora X sempre está pelas manhãs, respondendo pelos cuidados que são dispensados nesse período do dia, e a educadora Y responde pelo turno da tarde com as suas rotinas específicas, torna-se mais fácil para o bebê prever e organizar os estímulos que recebe dessas diferentes profissionais. Em ponto posterior deste texto, no qual abordaremos a contribuição de Emmi Pikler para a provisão de cuidados de qualidade nas entidades de acolhimento, este e outros aspectos serão apreciados.

Spitz foi o primeiro a dar importância aos efeitos, que podem ser devastadores e irreversíveis, da ausência ou insuficiência de cuidados de qualidade nos primeiros anos de vida. No que se refere à inadequação da relação mãe-bebê, ele distingue seis categorias:

1. Rejeição primária manifesta;
2. Superpermissividade ansiosa primária;
3. Hostilidade disfarçada em ansiedade;
4. Oscilação entre mimo e hostilidade;
5. Oscilação cíclica de humor da mãe;
6. Hostilidade conscientemente compensada.

De modo bastante aguçado, Spitz relaciona reações físicas e distúrbios comuns do bebê

---

<sup>3</sup> Aqui temos em referência os trabalhos de Donald Winnicott sobre a experiência de si como um ser em continuidade.

(cólicas, alergias, inapetência, distúrbios do sono) às modalidades de relação estabelecidas pela mãe<sup>4</sup>.

Embora o autor tenha feito referência à possibilidade de inadequação relacional da mãe com seu bebê, tornou-se muito mais conhecida a sua análise sobre os efeitos da institucionalização ou, de modo específico, da hospitalização prolongada de bebês, na qual estes eram afastados da mãe e recebiam cuidados de uma profissional. Spitz descreveu os efeitos sobre as crianças submetidas a cuidados impessoais, que as deixam na condição de privação ou carência afetiva, pelo termo **hospitalismo**. Foi a partir da observação de 91 bebês criados em uma instituição (A Casa da Criança Abandonada) que Spitz pôde descrever os efeitos da privação de cuidados de qualidade - vale dizer, com tonalidade afetiva positiva e em quantidade adequada às necessidades do bebê. Nessa instituição os bebês eram amamentados até o 3º mês de vida por suas próprias mães ou, na impossibilidade destas, por mães substitutas. O desenvolvimento físico e emocional desses bebês, até os 3 meses, era compatível com o da população em geral. Mas, após esses 3 meses, o cenário de cuidados mudava dramaticamente. A descrição que nos faz Spitz é desoladora:

*A Casa da Criança Abandonada era fria e deserta, com exceção do momento em que as enfermeiras vinham alimentar os bebês. A esse quadro, deve-se acrescentar uma prática peculiar: para manter as crianças quietas, as enfermeiras penduravam lençóis ou cobertas sobre as grades dos pés e dos lados de cada berço, ocultando efetivamente a criança do mundo e de todos os outros cubículos, confinando-a, deixando visível apenas o teto. Como consequência, os bebês permaneciam deitados de costas por muitos meses. Formava-se uma concavidade nos colchões e essas crianças eram incapazes de se virar para fora delas, enquanto bebês normais se viram para os lados por volta dos seis meses (SPITZ, op. cit., p. 31).*

Acrescenta-se a esse quadro a quase total ausência de contato físico mesmo nos momentos da alimentação, pois “Inevitavelmente, usava-se o recurso da mamadeira fixada no berço e que permitia que a criança se alimentasse privada do contato físico com a cuidadora” (SPITZ, op. cit., p. 30).

---

<sup>4</sup> O que nos permite colocar Spitz como um dos precursores da abordagem psicossomática. Para citar apenas um dos autores contemporâneos mais destacados no campo das desordens psicossomáticas - Léon Kreisler -, vemos em sua obra a seguinte declaração ao falar das crianças mais afetadas por graves distúrbios psicossomáticos: “Essas personalidades mal-organizadas resultam quer de condições afetivas defeituosas, contínuas e prolongadas - a permanência de uma relação vazia - quer de circunstâncias marcadas pela descontinuidade. Esta remete às rupturas reiteradas da relação entre a criança e sua família” (In: A nova criança da desordem psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 17).

Depois de separadas de suas mães, as crianças passavam por uma fase de retraimento, perda de peso, insônia e maior suscetibilidade a resfriados. O choro presente no início desse quadro era substituído pela rigidez da expressão facial, o rosto frio e imóvel e um olhar distante - como se estivessem em estado de estupor e com acentuada dificuldade de contato. Com o decorrer dos meses, esse quadro agravava-se e as crianças apresentavam atraso motor evidente, tornando-se inteiramente passivas. Todas as crianças apresentaram declínio progressivo do desenvolvimento e, ao fim do segundo ano, a média de seus quocientes ficava em torno de 45% do normal.

As observações de Spitz constituíram-se em base firme sobre a qual outros pesquisadores puderam prosseguir e aprofundar nossa compreensão sobre os efeitos da qualidade da vinculação. Dentre esses autores, destaca-se John Bowlby, do qual falaremos a seguir.

### *Contribuições de John Bowlby*

Interessado particularmente nas consequências das rupturas do vínculo entre o bebê e seus pais - nos casos de hospitalização prolongada, morte ou institucionalizações -, John Bowlby identifica em suas obras dedicadas ao apego<sup>5</sup> a criança como ser social, cuja necessidade primordial é estar em relação com o outro. De acordo com Bowlby, o apego é decorrente de um programa inato presente em todos os primatas e que tem por função aumentar as chances de proteção e de sobrevivência do recém-nascido. Essa proteção baseia-se essencialmente na proximidade física e no contato entre mãe (ou a figura que ocupa essa função materna) e o bebê nos primeiros anos de vida.

Se esse esquema de proteção - cuja base é o apego ou vínculo - não se desenvolve bem, graus variados de distúrbios psíquicos e mesmo físicos podem advir. A característica principal das crianças que sofreram **carência ou privação** nesse vínculo primordial é de ter uma capacidade muito reduzida de respostas adequadas, tanto no plano social quanto no plano emocional.

Em 1950 John Bowlby coordenou uma pesquisa de alcance mundial, a pedido a Organização Mundial de Saúde, sobre as necessidades das crianças sem lar. A relevância do tema ressalta-se quando consideramos a condição dramática de centenas de milhares de crianças órfãs em decorrência da II Guerra Mundial. O sofrimento dessas pequenas vítimas da guerra exige que

---

<sup>5</sup> BOWLBY, J. *Apego e perda*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2002. 3 v. (vol 1 - *A natureza do vínculo*; vol 2 - *Angústia e raiva*; vol 3 - *Luto*).

se adotem procedimentos visando minorar os danos que os conflitos dos adultos lhes impõem. Como um desdobramento daquela pesquisa inicial, decidiu-se investigar também aspectos do problema relacionado à saúde mental.

Diversos países participaram da pesquisa: França, Holanda, Suécia, Suíça, Reino Unido e os Estados Unidos. A despeito da ampla variedade de pesquisadores e da independência com que conduziam suas pesquisas, foi notável o grau de concordância em seus resultados, que deixaram claro que “quando uma criança é privada dos cuidados maternos, seu desenvolvimento sempre é retardado - física, intelectual e socialmente - e podem aparecer sintomas de doença física e mental”<sup>6</sup>. E, ainda mais grave, os estudos de acompanhamento longitudinal demonstraram que em alguns casos os danos mostraram-se irreversíveis. Fatores como a idade da criança, a duração da separação e, especialmente, o grau de privação são determinantes nos efeitos sobre a criança, tanto em grau quanto em sua persistência. Como regra geral, Bowlby nos adverte que

*em primeiro lugar, temos que reconhecer que separar da mãe uma criança de menos de três anos é coisa muito séria, que só deve ser empreendida por boas e sólidas razões e, quando realizada, deve ser planejada com grande cuidado (BOWLBY, op. cit., p. 8).*

Perturbações no vínculo de apego nos primeiros anos de vida têm sido relacionadas, desde o final dos anos 30, ao desenvolvimento de crianças com baixa capacidade de resposta social adequada, trazendo implicações no que concerne à aceitação das regras e princípios morais. Em outros termos, constatou-se com frequência que

*crianças que cometeram diversos crimes, que pareciam não ter nenhum sentimento por ninguém e com as quais era muito difícil lidar tinham tido um relacionamento profundamente perturbado com a mãe nos primeiros anos de vida. O roubo contumaz, a violência, o egotismo e a má conduta sexual são algumas das características menos agradáveis (BOWLBY, op. cit., p. 27).*

Em observação realizada diretamente por John Bowlby, este conclui que:

*Nos últimos anos, examinei cerca de dezesseis casos de delinquentes reincidentes, incapazes de afetividade, e apenas dois deles não tinham uma história de sepa-*

---

<sup>6</sup> BOWLBY, J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2002. p. 12.

*ração prolongada. Em todos os demais casos havia ocorrido uma grave cisão nas relações mãe-filho durante os primeiros três anos de vida, e este tinha se tornado um ladrão contumaz (BOWLBY, op. cit., p. 31).*

Toda a literatura científica sobre o tema nos leva a concluir, sem qualquer dúvida, os efeitos negativos de longa duração, talvez mesmo irreversíveis, da privação ou carência em relação aos cuidados maternos. Contudo, o que fazer naqueles casos em que, precisamente aquela ou aquelas que deveriam ser fonte de segurança se tornam o principal fator de ameaça à criança? Como suprir a função estruturante que, em geral, se encontra associada à mãe? Essa resposta será no modelo de atendimento promovido pelo Instituto Lóczy, em Budapeste, que a encontraremos.

### ***Emmi Pikler e o Instituto Lóczy***

Diante do quadro descrito acima, não há que se duvidar da importância de se investir toda nossa atenção à qualidade do vínculo que se estabelece na instituição, pois será a partir deste que os traumas porventura já sofridos poderão ser elaborados ou, lamentavelmente, **agravados**.

Em 1946 foi criada em Budapeste uma instituição para cuidados a crianças afastadas de suas famílias, que se tornou modelo para o mundo, graças à qualidade dos cuidados que ali se alcançou. Sua idealizadora foi a pediatra Emmi Pikler, cuja profunda confiança na capacidade e no potencial criativo da criança, desde que lhe fossem dadas as condições adequadas ao seu pleno desenvolvimento, norteou toda a concepção de funcionamento da instituição<sup>7</sup>.

As condições essenciais ao bom desenvolvimento da criança são: (1) estabelecimento de uma relação afetiva de qualidade com a criança e (2) propiciar-lhe as condições para explorar livremente tanto o mundo como a si mesma, de acordo com seus interesses e seu ritmo. Essas duas condições se conjugam e se complementam. A criança, para poder explorar o mundo de forma criativa e autônoma, deve experimentar uma relação afetiva com um adulto de referência. É isso que lhe possibilitará uma disponibilidade interna para explorar o mundo. Havendo atenção para essas condições, as chances de que a criança venha a se organizar de forma autônoma, confiante e saudável são maiores.

---

<sup>7</sup> Em 1968 a OMS realizou pesquisa com 100 jovens (entre 13 e 22 anos) que foram acolhidos em Lóczy no primeiro ano de vida. Em nenhum dos indicadores (nível de escolaridade; sucesso profissional; autonomia; capacidade de estabelecer relações afetivas duradouras; capacidade de exercerem papéis parentais) esses adultos tiveram resultados significativamente diferentes dos adultos criados exclusivamente em suas famílias. No Brasil, não temos pesquisa com este escopo. As trajetórias de vida que temos acompanhado nos levariam a arriscar que os resultados dos ex-abrigados mostrariam dramáticas diferenças. Esta é a dura realidade que cabe a todos nós procurar modificar!

Embora se devam reconhecer especificidades culturais da realidade da Hungria, a experiência desenvolvida naquela instituição desde 1946 pode nos ser muito valiosa para transformarmos nossas instituições de acolhimento em verdadeiros espaços de proteção. O que a experiência de Lóczy nos ensina é que é possível um abrigo ser organizado de uma forma tal que, apesar da ausência da mãe, a criança possa desenvolver-se física e psiquicamente de modo saudável.

Apesar do abrigo de Lóczy se destinar apenas a crianças de até seis anos de idade, podemos estender os seus princípios para os cuidados em qualquer faixa etária. Talvez o primeiro desses princípios, o mais fundamental deles, seja o forte e profundo respeito que se tem pela criança, movido pela convicção de que mesmo um bebê é um sujeito e não um objeto a ser manipulado.

Deve-se levar em conta que não se obtém a necessária qualidade dos cuidados sem muito método e determinação. Não se trata, portanto, de um cuidado que possa ficar na dependência da simples intuição do profissional educador. Para se garantir a qualidade dos cuidados, é necessário refletir sobre cada pequeno detalhe na instituição: a estrutura física, os móveis, os utensílios, os brinquedos, etc. Mas, muito especialmente, a capacitação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados diários na instituição. Garantir o respeito à singularidade encontra-se na dependência não apenas de armários, pertences e brinquedos individualizados, mas, especialmente, na existência de uma relação na qual a educadora se encontre psiquicamente disponível à criança da qual cuida.

Com os bebês, por exemplo, deve-se reconhecer que os momentos das trocas de fralda, banho e alimentação são especialmente propícios para o estabelecimento de um vínculo caloroso e singularizado. Nesses momentos, a profissional deve envolver o bebê com sua voz, seu olhar, suas mãos. Deve descrever para a criança tudo o que lhe é feito. Da mesma forma, tudo que a própria criança faz - qualquer gesto, sorriso ou olhar - deve ser valorizado pela educadora. Ao tocar a criança, deve fazê-lo de modo delicado e suave, criando um ambiente estável, tranquilo, pacificador. Nesses momentos, o que importa não é o ritmo do adulto, mas, sim, o ritmo da criança.

Winnicott dizia que uma das sensações mais angustiantes para um bebê se traduz pela sensação de estar caindo. Para dar à criança a sensação de segurança e continência, nunca se deve deixá-la “solta”. Pode-se evitar isso mantendo sempre pelo menos uma das mãos apoiando o corpo do bebê. Agindo assim, favorece-se que o bebê fique alerta, atento, ativo, pronto para a interação.

Os momentos de cuidados, tal como o banho, as trocas de fralda, a alimentação, são momentos em que não apenas a dimensão corporal encontra-se assistida. É importante que se tenha em mente que os cuidados corporais são também cuidados psíquicos. Isso em qualquer idade, mas muito especialmente nos primeiros tempos de vida. Um corpo tratado de maneira desqualificada e degradada desumaniza o ser.

O banho não é apenas uma limpeza do corpo. Deve ser também um banho de linguagem e uma experiência de prazer. Os bebês vivem, aprendem, sentem e se expressam por meio de seus corpos. Nos primeiros anos de vida, as necessidades fisiológicas e psicológicas não estão separadas. Guiar-se por essa compreensão nos cuidados diários com a criança faz uma profunda diferença na qualidade da relação e previne que essa relação venha a ficar automatizada.

Uma função, para além da higienização corporal, está presente no momento do banho: este pode ser uma oportunidade para o desenvolvimento de operações psíquicas que permitirão a **previsão** e a **organização dos estímulos**. E como a educadora participa desse processo tão fundamental? De modo tão banal, que precisamente por essa banalidade, corre o risco de não ser suficientemente valorizado: em primeiro lugar, a educadora deve permitir que a criança registre o que vai acontecer no momento seguinte, mostrando-lhe os utensílios de que se vale para banhar a criança (sabonete, shampoo etc.); em segundo lugar, descrevendo o que está fazendo naquele momento e que diz respeito à criança. É a repetição desses gestos que irá possibilitar à criança fazer o registro do que lhe ocorre e se organizar a partir disso. É preciso regularidade nos cuidados para que se criem ritmos de funcionamento; se eles forem aleatórios dificultarão para a criança a sua organização interna. Por isso a importância de pouco a pouco se estabelecerem rotinas nos cuidados (hora do banho, hora da papinha, etc). É assim que o bebê vai gradualmente diferenciando os momentos do dia e a essa organização externa vai se configurando igualmente uma organização **interna**, vale dizer, **uma organização psíquica**.

A **regularidade** e **previsibilidade** nos cuidados finda por ter um efeito **terapêutico** para crianças que sofreram, muito precocemente, experiências de ruptura e de perda que introduziram em suas vidas a angústia diante do imprevisto e incontrolável.

O fato de a criança ficar sob os cuidados de diferentes pessoas impõe que sejam tomadas condutas para minimizar as mudanças de estilo entre as diversas profissionais, senão será o caos na sua vida. Será a reflexão permanente quanto ao modo de funcionamento do abrigo que permitirá definir os procedimentos e regras que deverão ser adotados por todos, garantindo-se,

assim, a relativa uniformidade tão necessária à segurança emocional da criança. A capacitação continuada das profissionais que lidam no dia a dia com as crianças, como, também, o acompanhamento e observação atenta de todas as manifestações da criança serão essenciais nesse processo.

Ao se apontar a necessidade de regularidade, constância e previsibilidade nos cuidados, não se pretende defender a noção de que o ideal será que a criança fique com apenas um único profissional, no sistema do educador residente (ou, em uma denominação que, felizmente, encontra-se quase que abolida, **mães sociais**). É que a essas necessidades de regularidade e previsibilidade deve-se adicionar outra: a disponibilidade psíquica e emocional por parte do educador. A capacidade de manter essa disponibilidade, mesmo residindo no local de trabalho, é para bem poucos. Não se deve tomar a exceção pela regra.

Outra condição para organização do abrigo de acordo com a pedagogia de Emmi Pikler refere-se a propiciar à criança a descoberta do mundo de acordo com seu ritmo e interesse, sem interferência direta do adulto, ainda que este tenha a responsabilidade de prover as condições adequadas para que a criança possa exercer sua criatividade e autonomia e adquirir autoconfiança. Esse princípio, que é o da atividade livre e autônoma, ocasião na qual a educadora evita interferir diretamente no brincar da criança, não deve ser confundido com a atitude de “abandono”. Na verdade, a educadora deve ter a capacidade de estar atenta e disponível à criança de tal forma que esta possa perceber a presença não-intrusa da educadora e sentir-se protegida.

A criança deve dispor de espaço adequado para mover-se livremente e com segurança. Os brinquedos, que não precisam e nem devem ser caros e complexos, mas que devem ser cuidadosamente escolhidos em função do nível de desenvolvimento da criança, devem estar disponíveis. O brincar tem uma função estruturante e organizadora para a criança, daí a sua importância. Evidentemente, essa dimensão lúdica é essencial em todas as etapas da vida, não apenas nos primeiros anos de vida. Mudam as formas de expressão, mas não a necessidade de se contemplar essa dimensão nas diversas fases da vida. O importante a ser destacado é o **respeito** ao ritmo e aos interesses individuais, permitindo que cada criança ou adolescente possa expressar-se de modo criativo, genuíno e autoconfiante. Encontra-se aí a base para a construção da autonomia tão desejada e, contudo, tão limitada nos jovens institucionalizados. É importante considerar que a autonomia decorre de um **longo processo** que se inicia já nos primeiros dias de vida. Evidentemente, os graus de autonomia são amplamente variados em função do ponto de desenvolvimento em que a criança se encontra, mas em qualquer tempo da vida a atitude do adulto poderá favorecer ou, ao contrário, inibir esse processo.

Esses, portanto, os dois princípios organizadores da rotina institucional e que, para serem assegurados, exigem atenção de todos os profissionais que lidam com a criança, ainda que indiretamente, como auxiliares de serviços, porteiro, diretores etc.

É tempo, contudo, de retomarmos nosso ponto de partida para refletirmos sobre as condições a serem atendidas em nossas instituições, notadamente a partir da aprovação pelo CONANDA e CNAS das Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em junho de 2009 e da Lei 12.010/99. Terei razão ao pretender que a mudança de designação de nossas instituições, de **abrigo** para **entidades de acolhimento**, possa representar mais que simples alteração na terminologia?

#### ***Novos parâmetros no atendimento: as orientações técnicas e a lei 12.010/99***

Uma das ações previstas no Plano Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária era a elaboração de parâmetros de funcionamento das entidades de acolhimento (ação 5.3, no âmbito do reordenamento dos serviços de acolhimento institucional). Em 18 de junho de 2009, em Resolução Conjunta do CONANDA/CNAS, foi aprovado o documento *Orientações Técnicas: Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*. Fruto de amplo debate e acolhendo contribuições de diversos atores, dos quais se ressalta o Grupo de Trabalho Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária (GT Nacional, como carinhosamente é chamado), esse documento responde à necessidade histórica de que fossem estabelecidas orientações e parâmetros para o funcionamento das entidades de acolhimento.

As Orientações são um marco importante no movimento de mudança de concepção dessa modalidade de serviço, pois enfatiza o aspecto técnico, a necessidade de reflexão e a formação profissional requeridas em um trabalho que, historicamente, era guiado apenas pelo senso humanitário, em uma perspectiva assistencialista.

Nas *Orientações Técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes* são abordados diversos princípios e indicados procedimentos que, uma vez adotados, mudarão radicalmente a qualidade daqueles serviços. Cada um de nós, profissionais que laboramos nessa área, deve se empenhar para que os parâmetros ali contidos ganhem vida nas instituições de acolhimento deste país. Vamos, a seguir, destacar alguns desses princípios e parâmetros que assegurarão que haja efetiva mudança na realidade das instituições e não apenas na forma de designá-las.

Os princípios da excepcionalidade e da provisoriedade, velhos conhecidos do Estatuto da Criança e do Adolescente, encontram nas Orientações (e também na Lei 12.010/99) indicações de procedimentos concretos que contribuirão para torná-los realidade no dia a dia de nossas instituições. Dentre esses procedimentos, destacamos: indicação de aspectos a serem considerados por ocasião do diagnóstico pelo Conselho Tutelar (para a excepcionalidade da medida); obrigatoriedade de elaboração de relatório técnico semestralmente, com indicação das medidas de apoio à família; limitação do tempo de permanência para 2 anos, necessitando de justificativas bem fundamentadas para os casos excepcionais de permanência superior a 2 anos; indicação dos elementos a serem considerados para estratégia de acompanhamento da criança/adolescente e sua família, por meio dos planos individual e familiar.

O princípio do atendimento singularizado poderá ser concretizado à medida que se atendam o que preconizam tanto a Lei 12.010 quanto as Orientações Técnicas no que tange à elaboração de Plano Individual de Atendimento. Para sua elaboração, técnicos e demais profissionais das entidades serão convidados a **observar** mais atentamente a criança; serão convidados a conhecer cada criança; serão convidados a **refletir, sozinhos ou em equipe**, sobre o modo muito particular de cada criança lidar com suas dificuldades, seus sonhos, talentos, etc. Impossível atender a esta orientação sem estabelecer com a criança um **vínculo humanizado**.

Ainda na perspectiva de valorização das relações humanas no âmbito da entidade, as Orientações enfatizam a importância do momento de chegada, indicando algumas atitudes por parte da equipe: o respeito, o acolhimento afetoso, etc. Dessa forma, desde o primeiro momento deve-se procurar tornar o ambiente institucional um ambiente de acolhimento no qual a criança/adolescente possa se sentir seguro e confiante.

Portanto, já não basta o atendimento limitado às necessidades básicas de sobrevivência! Precisamos de um atendimento fundamentado no olhar atento para a complexidade e riqueza do ser do qual nos ocupamos. Somente assim teremos verdadeiro **acolhimento** e não um simples **abrigo**!

## ***A abordagem pikleriana e os desafios da socialização***

*Bernard Golse*

---

Os trabalhos do Instituto Pikler-Loczy de Budapeste nos trazem muito sobre o estudo da socialização de crianças muito pequenas, trabalhos continuados na França pela Associação Pikler Loczy-França, que hoje eu tenho o prazer e a honra de presidir, na sucessão a Geneviève Appell e Françoise Jardin. Eu vou discutir aqui a questão da socialização primária, depois de lembrar a questão da intersubjetividade e das relações coletivas referentes à transição do individual para o social.

### ***A parte intersubjetiva, o estabelecimento de ligações pré-verbais e a metáfora da aranha***

Alguns lembretes são úteis antes de entrar no cerne da questão da socialização, porque o acesso à intersubjetividade opera como uma condição *sine qua non*, como um dos pré-requisitos fundamentais desta socialização que supõe claramente que o outro existe para o sujeito e que essa existência do outro está inscrita de maneira suficientemente precisa e estável no psiquismo da criança (Golse, 2006).

### ***A noção de distância intersubjetiva***

É importante, antes de tudo, através do duplo movimento de diferenciação inter e intrasubjetivo, permitir o crescimento psicológico e a maturação da criança e seu acesso progressivo à intersubjetividade, de distinguir claramente o desenvolvimento dos “envelopes” que retomaremos a seguir, dos vínculos e das relações primitivas propriamente ditas.

De qualquer forma, é a criação progressiva de uma distância intersubjetiva que dará à criança a sensação de ser um indivíduo completo, não incluído no outro, sem estar fundido a ele, condição essencial para poder pensar o outro e falar com ele, e isso sejam qual forem os modelos teóricos que adotamos sobre o acesso à intersubjetividade (modelos de intersubjetividade primária ou secundária).

### ***O estabelecimento de ligações pré-verbais***

Ao mesmo tempo em que se cria uma distância intersubjetiva, a criança e os adultos que cuidam dela devem, absolutamente, construir ligações pré-verbais que permitam à criança ficar em ligação com o objeto (ou os objetos) com os quais ela se diferencia. A presença dessas ligações pré-verbais não terminará com a emergência da linguagem verbal e continuará como uma sombra ao longo de toda a vida. Sabemos bem que, de fato, não comunicamos apenas com palavras, mas com todo o corpo e, portanto, a comunicação pré-verbal não é uma precursora, no sentido linear do termo, da comunicação verbal mas sobretudo um pré-requisito dela.

### *A metáfora da aranha*

Quando a aranha quer descer do teto para chegar ao chão, ela não se joga do teto, ela tece teias através das quais desce calmamente do teto até o chão. Assim, uma vez no chão, ela se separará do teto que acabou de deixar, mas mantendo a ligação com ele através da teia, caso queira subir novamente ela poderá fazê-lo utilizando os fios que acabou de secretar. Essa metáfora ilustra de forma bem eficaz o processo que estou tentando descrever aqui sobre o caminho da criança em direção à diferenciação (Golse, 2010).

A psicologia do desenvolvimento precoce, a psicopatologia e a psiquiatria do bebê mostram que, dentre as ligações precoces que se desenvolvem em paralelo à emergência da intersubjetividade podemos citar hoje as relações de apego (Bowlby), a sintonização afetiva (Stern), a empatia, a imitação, as identificações projetivas normais (Bion), todos os fenômenos transicionais (Winnicott, 1969) e até mesmo o antigo diálogo tônico-emocional, descrito por Wallon e depois por J. de Ajuriaguerra, todos esses mecanismos envolvendo, mais ou menos, o funcionamento dos famosos neurônios-espelho.

Todas essas ligações pré-verbais funcionam como a imagem dos fios da aranha, permitindo à criança se diferenciar sem se perder, ou seja, se distanciar do outro, permanecendo em contato com ele, ou ainda se distanciar sem se arrancar (como dizem mais tarde os adolescentes!). É, de fato, a única condição para que o bebê possa avançar de maneira eficaz em direção da palavra, reconhecendo a existência do outro e a sua como sendo separadas, mas não radicalmente divididas.

### *Do individual ao social: desafios da coletividade*

Nossa sociedade tornou-se especialista na produção de bens inúteis. Nós devemos garantir que ela não se torne, além disso, uma especialista na formação de indivíduos maus ou anti-so-

ciais, com problemas de humanidade ou de humanismo, o que representa um dos desafios da abordagem pikleriana.

### ***Da descoberta de si mesmo à descoberta do outro***

A questão de ligação social é inseparável, como vimos, da diferenciação do bebê e para isso existe uma passagem progressiva que conduz da indiferenciação inicial (ainda que relativa) à diferenciação (isto é, o acesso ao “eu”, à intersubjetividade e à subjetividade).

Esse caminho passa pelo “*weness*” dos autores anglo-saxões – ou o sentimento de ser/estar junto – que aparece no “a gente” e no “nós” que refletem a experiência do bebê, dentro da díade de não ser mais somente um, mas também de não ser dois, acarretando então o sentimento confuso da existência de um outro.

Dito isso, este “*weness*” é fundamentalmente dependente da qualidade das primeiras interações, da qualidade dos encontros individuais e da sua atmosfera relacional.

### ***Socialização e autorrepresentação***

Dois pontos devem ser expostos aqui:

- Em primeiro lugar, uma vez que não há nenhuma representação de si que não seja uma representação do “eu” em relação ao outro, interagindo mutuamente, trata-se sempre de representações de interações (Stern), ou mesmo ainda o termo “representações” que foi proposto por J.D. Vincent.

- Além disso, a união bebê-adulto (seja a díade ou a tríade), já forma um grupo, no qual a questão é saber se a primeira lembrança refere-se a uma representação de si mesmo sozinho (como já vimos) ou como uma representação de si em grupo, dentro de um grupo. O fato de S. Freud ter escrito *Totem e Tabu* (1913) pouco antes de publicar seu artigo original sobre o narcisismo (1914) pode indicar que as representações grupais seriam anteriores às representações individuais.

Em todo caso, as representações de grupo só podem ser concebidas como grupos de representações.

### ***Socialização primária e socialização secundária***

Existem dois níveis distintos no processo de socialização:

#### ***A socialização primária***

Não é suficiente mergulhar uma criança na coletividade para que ela se socialize, ao contrário do que se costuma afirmar, e essa talvez, seja a principal mensagem deste texto.

A capacidade de criar laços sociais com os outros de maneira bem diferenciada (pares ou adultos) está intrinsecamente ligada à qualidade da capacidade do “*wenness*” e a capacidade das crianças de se beneficiarem de experiências coletivas depende assim, principalmente, da qualidade das relações individuais prévias ou concomitantes que foram estabelecidas.

O cuidado particular, sutil, que o Instituto Pikler-Lozsy tem em relação à atenção à qualidade dos encontros individuais dentro de um funcionamento grupal coletivo (com toda uma dialética entre os momentos de encontro individual; os momentos de atividade livre em grupo ao lado de um adulto de apoio; e os momentos em grupo propriamente ditos) é o que permite ligar profundamente o individual e o coletivo.

Esse nível de socialização primária diz respeito aos bebês.

#### ***A socialização secundária***

Sob esse termo, geralmente pensamos em três questões interdependentes:

- acompanhamento pelo adulto e sua transformação dos movimentos pulsionais da criança;
- o fato de que a lei é a mesma para todos, mas cada um tem razões pessoais e específicas para respeitá-la;
- a passagem que vai das proibições (externas) ao interdito (interno) através dos mecanismos de identificação ao “agressor” ou à “agressão” (Spitz), passagem que está subjacente à prática pikleriana de intervenções do adulto a partir do ponto de vista da criança (“*eu entendo que você gostaria de fazer isto ou aquilo, mas isso não é possível, porque*

*não é bom para você*”) e que se desenvolvem, principalmente, a partir do momento em que a criança começa a andar e com as novas possibilidades de explorar o mundo que decorrem disso.

Um conhecimento preciso das etapas de socialização secundária é, obviamente, necessário para poder pensar melhor, de maneira antecipada, as diferentes condições da socialização primária. Esse nível de socialização secundária refere-se as crianças muito pequenas, mas que não são mais um bebê no sentido estrito do termo.

### **Conclusão**

É preciso enfatizar que a falta de socialização representa um grave perigo para a criança e para o grupo do qual ela faz parte, o que explica os interesses sociais e políticos associados, com destaque principal para a problemática da socialização, no qual a abordagem com as crianças pequenas tem, obviamente, um valor de prevenção da violência a médio e longo prazo.

---

### **Bibliografia**

AJURIAGUERRA J. de. Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 1970

BION W.R. (1962). Aux sources de l'expérience

BOWLBY J. Attachement et perte (3 volumes)

COLL « Connaissance de l'Inconscient », Paris, 1975 (1ª edição)

COLL P.U.F. « Bibliothèque de Psychanalyse », Paris, 1979 (1ª edição)

COLL P.U.F. « Bibliothèque de Psychanalyse », Paris, 1982 (6ª edição)

COLL P.U.F. « Bibliothèque de Psychanalyse », Paris, 1979 (6ª edição)

COLL P.U.F. « Le fil rouge », Paris, 1989 (1ª edição)

COLL P.U.F. « Le fil rouge », Paris, 1978 e 1984 (primeiras edições.)

COLL P.U.F. « Le fil rouge », Paris, 2006

COLL P.U.F. « Psychologie d'aujourd'hui », Paris, 1975 (4<sup>a</sup> edição)

FREUD S.(1913). Totem et Tabou. Payot, Paris, 1968

FREUD S.(1914). Pour introduire le Narcissisme, 81-105. In : « La vie sexuelle »

GOLSE B. L'émergence du langage et la métaphore de l'araignée. Revue Orthophonique, 2010, ano 48, 244, 5-12

GOLSE B.L'Être-bébé (Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie)

SPITZ R. De la naissance à la parole – La première année de la vie

STERN D.N. Le monde interpersonnel du nourrisson – Une perspective psychanalytique et développementale

VINCENT J.-D. Biologie des passions. Editions Odile Jacob, Paris, 1986

WALLON H. (1945). Les origines de la pensée chez l'enfant

WINNICOTT D.W. (1969). Jeu et réalité - L'espace potential. Gallimard

*Tradução cortesia do Instituto Sidarta com revisão técnica de Jaqueline Wendland*

## ***O descobrimento de Lóczy***

*Bernard Martino*

---

Enquanto cineasta, tive a sorte de vivenciar duas experiências que me marcaram profundamente.

A primeira remonta a 1973: foi meu primeiro encontro com Bruno Bettelheim e também foi meu primeiro encontro com o autismo e o sofrimento mental das crianças. Um choque emocional.

A segunda, dez anos mais tarde, em 1983, foi descobrir em Budapeste, na Hungria, um pequeno abrigo de funcionamento insólito, aberto em 1946 por uma pediatra húngara, Emmi Pikler, de quem eu ignorava até a existência. Um abrigo rebatizado com o nome de Lóczy, o mesmo da ruazinha em que ainda fica. Infelizmente, é provável que não fique lá por muito tempo.

Revi Bruno Bettelheim só duas vezes: uma vez, para apresentar-lhe o filme que lhe era dedicado; outra vez, pouco tempo antes do seu suicídio. Dele, guardo a lembrança de uma figura fora do comum, de um grande vulto da psicanálise. Vivenciei cada frase por ele pronunciada como uma lição fundadora, que ficou profundamente gravada em minha memória.

Embora eu tenha perdido por pouco a possibilidade de conhecer pessoalmente Emmi Pikler quando cheguei a Budapeste – por estar doente, acabava de passar a direção do seu instituto para Judit Falk, sua mais antiga e fiel colaboradora –, meu descobrimento de Lóczy e do que ali se fazia com crianças foi o marco de uma adesão imediata e inteira. Ali também tive um choque, porém, mais em termos de consciência do que “mental”.

A despeito de as crianças, ali, serem órfãs, abandonadas pelos pais ou colocadas pela justiça por terem sofrido graves negligências ou sevícias, naquele lugar não se tangia a corda da sensibilidade. Dirigiam-se prioritariamente à inteligência da gente; convidavam você, pelo menos inicialmente, a compreender mais do que a sentir.

É fato que as explicações fornecidas por Judit Falk, os cuidados que vi sendo administrados pelas cuidadoras, a calma do lugar, a beleza das crianças pareceram-me formar um conjunto coerente, colocado sob o signo da mais completa evidência. “*Essas pessoas pensam e tratam os recém-nascidos, os bebês e as crianças a elas confiadas como deveriam ser tratados os recém-nascidos, os bebês e as crianças no mundo inteiro*”, pensei.

Quando vi com que respeito, todos os minutos, eram tratadas essas crianças, a atenção de que eram objeto em cada gesto, cada palavra, eu me esqueci de sentir pena delas e, ao compará-las com a gente, ao lembrar, talvez, do “*Love is not enough*” de Bettelheim, fui repentinamente invadido pela convicção de que crianças tratadas dessa maneira não tinham algo a menos, tinham algo a mais.

Estava exagerando, claro; nada substitui o amor de uma “*mãe suficientemente boa*”, para usar essa tantas vezes citada expressão de Winnicott. Mas quem vir uma vez imagens de uma cuidadora loczyana cuidando de um bebê entenderá, sem precisar de mais palavras, o que senti na época.

A outra coisa que fascina, de saída, é a simplicidade (aparente) da estratégia loczyana, a inteligência subversiva com que eram resolvidos os problemas de organização da vida coletiva - nunca resolvidos a contento em outras instituições.

Enquanto, em outros lugares, os pupilos arrastavam vida afora carências insuperáveis que os atiravam aos piores desmandos, às passagens aos atos muitas vezes violentos, às vezes criminosos, os adultos egressos do Instituto Pikler não eram vítimas de qualquer carência, não sofriam com qualquer sequela relacionada com a passagem por uma instituição. Ao contrário, eram todos eles adultos, embora fragilizados por um ferimento original, que poderiam ser qualificados como fundamentalmente “resilientes”, para usarmos uma terminologia atual.

Desde minha primeira visita, voltei muito frequentemente a Lóczy. Estive lá ainda neste verão. Por quê? Porque penso que o Instituto Pikler, hoje ameaçado de desaparecimento, é um “*alto-lugar de humanidade*” que a UNESCO deveria, se devidamente inspirada, reconhecer como tal. E também porque considero que as mulheres que ali trabalham são experts de nível mundial no que poderia, no que deveria ser a relação adulto/criança em sua excelência. Mulheres depositárias de um saber excepcional, que se desmancharia se o Instituto fosse fechado, o que seria uma perda imensa para todos nós.

Para convencer-se, não é preciso acreditar nestas palavras. Dezenas de horas de filmagem estão à disposição para provar o que digo. Imagens que suscitam resistências inevitáveis e mal-entendidos previsíveis, de tanto mostrar a extrema singularidade da abordagem, o caráter profundamente original dos princípios aplicados por Emmi Pikler. Imagens que suscitam um debate ao qual seria vão furtar-se.

Vale a pena: trata-se de afirmar, na base de uma experiência concreta com 65 anos de existência, o impacto decisivo da prevenção sobre todo o futuro de qualquer criança. Uma prevenção que assenta na importância dada à relação na hora dos cuidados, no respeito ao ritmo do bebê e da criança, no respeito de sua liberdade de movimentar-se e empreender, no fato de considerá-lo, em qualquer circunstância, inclusive logo ao nascer, um parceiro cuja cooperação se deve granjear.

Sempre senti em Lóczy algo que não senti em nenhum lugar, salvo talvez junto a Betteheim: a impressão de que crianças, assim tratadas, jamais poderiam se tornar adultos racistas, estupradores ou assassinos, vindo a ser, pelo contrário, indivíduos mais civilizados que muitos de nós.

*Tradução de Jaqueline Wendland*

## ***As raízes da violência***

*Antonio Marcio Junqueira Lisboa*

---

### ***Introdução***

O governo, diante de uma guerra civil não declarada, do crime organizado infiltrado nas diferentes esferas do Estado e nos três poderes, refém de uma polícia despreparada e temida pela população, com políticas de combate à violência com resultados pífios, e sem praticamente nenhuma ideia de como prevenir a formação acelerada de delinquentes, sente-se perdido.

O que os governantes e políticos não conseguem entender é que a grande maioria dos violentos – delinquentes, traficantes, homicidas, contrabandistas, assaltantes, corruptos, estupradores – é formada na infância, “fabricada” antes dos 6 anos de idade, quando neles é plantada a semente da violência. São fatores importantes na gênese da delinquência: a falta de atenção, de amor, de segurança, de princípios, de valores, de limites, de disciplina e a baixa autoestima, sendo que a maior responsabilidade cabe aos pais e aos professores. Além destes, são fatores extremamente importantes a privação materna e a violência doméstica.

Em 14 de janeiro de 1914, Franco Vaz, educador e pediatra, publicou um artigo (*Problema da proteção à infância*) no qual, além de descrever a situação do menor abandonado no Rio de Janeiro, criticava as ações governamentais e propunha medidas corretivas, que nunca foram implantadas. Passados quase cem anos, a situação vem deteriorando-se cada vez mais.

**O que vem sendo feito** - Em termos de política de defesa dos direitos humanos, o Brasil é um dos países mais avançados. O artigo 227 da Constituição Brasileira visa a garantir às crianças e aos adolescentes, com absoluta prioridade, alimentação, educação, proteção, saúde,

segurança. Infelizmente, na prática, não funciona, pois o que está prescrito não vem sendo cumprido.

Há mais de meio século inúmeras medidas vêm sendo tomadas para diminuir os episódios de violência. Entre outras, assinatura de tratados; promulgação de leis; implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente; criação de varas, delegacias especializadas, escritórios de defensoria, conselhos municipais e tutelares, comissões nacionais, estaduais e municipais de defesa de direitos; programas de proteção às testemunhas; combate à pobreza, às desigualdades sociais, ao tráfico de drogas, ao contrabando de armas, à impunidade, à corrupção; desarmamento da população, e também, das crianças com seus brinquedos marciais; construção de centros de ressocialização para “recuperar” infratores adolescentes (Funabem, Febem), delegacias, penitenciárias, presídios de segurança máxima; conscientização da população, distribuição de cartilhas com recomendações para evitar os diferentes tipos de violência; criação de ONGs que se dedicam a promover a paz; promoção de cultos, protestos, passeatas pela paz e contra a violência; distribuição de fitinhas, cartazes, bandeiras e lenços brancos.

### **O resultado?**

- *As pessoas estão em pânico, inseguras, impotentes, acuadas, aprendendo a usar armas ou recebendo lições de defesa pessoal;*
- *A mídia relata, em um crescendo, episódios e cenas terríveis de violência;*
- *Nas capitais, mais da metade da população já foi vítima de violência;*
- *A polícia instrui a população a se defender;*
- *A população defende a pena de morte. Os linchamentos aumentam;*
- *Fazendas são invadidas;*
- *O futebol deixa centenas de feridos;*
- *Cresce o número de empresas de segurança;*
- *Aumentam a violência doméstica, a corrupção, os roubos, os assaltos, os sequestros, os homicídios;*
- *A polícia é temida pela população, principalmente pelos pobres;*
- *O índice de corruptos está aumentando. Políticos, governantes, magistrados, policiais e empresários estão se locupletando com o dinheiro público, aquele que deveria ser usado para melhorar a saúde, a educação, a nutrição do povo;*
- *Cada vez mais homens, mulheres e crianças fazem cursos de defesa pessoal e manejo de armas de fogo;*
- *Os roubos de carros, de transporte de cargas, de ônibus vêm aumentando tanto que os*

*seguros estão cada vez mais caros;*

- *As milícias dominam os morros do Rio, competindo com a polícia;*
- *Narcotraficantes dominam favelas e bairros, decretando feriados e quem pode ali morar, viver ou morrer. Incendeiam ônibus, queimando as pessoas que estão em seu interior;*
- *Um terço dos deputados escalados para investigar o caos nos aeroportos enfrenta problemas com a justiça;*
- *Aumento do número de bebês enterrados e jogados ainda vivos em lixeiras, lagoas, rios.*

### **Por quê?**

Os planos de combate à violência não visam prevenir os desvios de conduta, da personalidade, do caráter, responsáveis pelo aumento do número de delinquentes, mas, sim, combater os crimes, usando para isso medidas punitivas e restritivas, enchendo os presídios, tentando “recuperar” portadores de graves distúrbios de conduta (sendo que boa parte deles é irrecuperável).

### **Causas da violência**

A causa mais importante na gênese da violência é endógena, interna, depende do comportamento do ser humano. Sem exceção, no centro de todos os casos de violência, quaisquer que eles sejam, onde e como sejam perpetrados, encontra-se um ser humano que os praticou. Na maioria das vezes, alguém criado por uma família desestruturada, que não lhe deu a atenção, o amor e a segurança necessários ao seu bom desenvolvimento; que não lhe ensinou a importância da disciplina, dos limites, dos princípios e valores; que violentou a sua autoestima, que o submeteu a episódios de violência física, mental, emocional, relacional e social.

A falta do aprendizado de valores, limites, disciplina, a baixa autoestima, os maus-tratos e a privação materna são os fatores que mais contribuem para a formação de comportamentos antissociais e, conseqüentemente, para o aumento da delinquência. Na origem da delinquência e da criminalidade juvenil encontra-se uma personalidade instável ou perversa, mais raramente um distúrbio mental.

Em outubro de 2005 tramitavam na Câmara dos Deputados 153 projetos que tinham como objetivo promover alterações na segurança pública. Nenhum dos projetos e nenhuma das medidas neles preconizadas pretendia melhorar o caráter, a personalidade, o comportamento das pessoas.

As causas externas - corrupção, impunidade, miséria, desigualdades sociais, contrabando de armas, narcotráfico -, embora importantes para explicar o aumento da criminalidade, devem ser consideradas como causas predisponentes ou desencadeantes. Como demonstrado, os planos de “prevenção” e de combate à violência visam controlar as causas externas. Não existindo uma política para a formação de bons cidadãos, o número de indivíduos com comportamentos antissociais (delinquentes, corruptos, marginais, estupradores, homicidas) continuará a aumentar.

Em resumo, as causas determinantes da formação de comportamentos antissociais, de delinquentes, são: a criança não desejada; a má convivência familiar e o mau exemplo dos pais; os lares desestruturados; a falta de limites, de disciplina, e principalmente de valores; a baixa autoestima; a privação materna; a violência doméstica; a saúde mental precária. As causas predisponentes são: a miséria, as desigualdades sociais, o tráfico de drogas e de armas. As causas desencadeantes são: o uso de drogas e do álcool; o porte de qualquer tipo de arma; as emoções adversas (raiva, ciúmes, vingança, cobiça, etc).

### ***Como prevenir?***

As seguintes ações ou medidas são indispensáveis para prevenir os comportamentos antissociais, a delinquência, a violência: a paternidade responsável; a boa assistência pré-natal (feto); a amamentação; o apego; a boa convivência familiar (amor, atenção, segurança) e o bom exemplo dos pais. O ensino da disciplina, dos limites e, principalmente, dos valores, na família e nas escolas; promoção da autoestima; prevenção da privação materna desde o nascimento (alojamento conjunto, internação conjunta em hospitais); promoção da adoção; prevenção da violência doméstica elevada (lares substitutos); papel dos professores - atenção, amor, segurança, ensino da disciplina, valores, limites, cidadania, educação moral e cívica; cumprimento pelas autoridades, com absoluta prioridade, do que preceitua o artigo 227 da Constituição Federal.

### ***Programas a ser implantados***

**Paternidade responsável** – A criança não desejada não será amada. A criança que não é amada não saberá amar. Será uma forte candidata a distúrbios de conduta e à delinquência.

**Famílias para todas as crianças** – A privação materna e a violência doméstica são as causas mais importantes na gênese de comportamentos delinquentes. Assim sendo, cabe ao governo

a iniciativa de conseguir que todas as crianças tenham famílias e de acelerar o processo de adoção. Psicólogos e pediatras estão cientes da importância da presença materna para a boa saúde mental das crianças.

**Lares substitutos** – Crianças vítimas de violência doméstica deverão ser colocadas em lares substitutos. A violência doméstica é a segunda causa em importância na geração da delinquentes.

**Ensino pelas famílias e professores de disciplina, limites e valores** - como honestidade, lealdade, amor ao próximo, caridade, igualdade, que não são congênitos. São ensinados pelos pais, familiares e professores. A conscientização das famílias, dos educadores, dos profissionais da área da saúde, da própria sociedade da importância desse ensino é fundamental na formação de personalidades sadias. Os valores têm a ver com ser e dar e não com ter. São valores da personalidade: honestidade, sinceridade, coragem, tranquilidade, serenidade, autoconfiança, fidelidade. São valores de entrega: respeito, amor, carinho, altruísmo, compreensão, lealdade, generosidade, cordialidade, justiça e perdão. Corruptos são indivíduos que não aprenderam honestidade. Homicidas não formaram apego. Agressores não aprenderam amor ao próximo. É imprescindível a promoção do ensino dos princípios, valores, disciplina e limites para se prevenir dos episódios de violência. Honestidade, lealdade, amor ao próximo, generosidade estão em baixa na bolsa de valores morais. Uma personalidade forte e sadia ajudará as crianças e os adolescentes a resistir às grandes influências negativas, infelizmente tão presentes na atualidade, em nossa cultura e sociedade. Será que os pais, as famílias, os professores ainda sabem como ensinar valores, limites e disciplina?

**Promoção da autoestima** – A maioria dos menores internados nos centros de ressocialização tem uma baixa autoestima. E é tão fácil sua promoção, no seio da família e nas escolas. Elogios, prêmios, recompensas elevam a autoestima. Críticas e castigos destroem-na.

**Educação moral e cívica** – Ensinava-se, em casa e nas escolas a respeitar aos pais, aos professores, aos mais velhos, às crianças, às pessoas, à pátria, à bandeira nacional. Cantava-se o Hino Nacional, comemorava-se o Dia da Bandeira, da Independência, do aniversário do colégio. Por que tudo isso acabou?

**Promoção da saúde mental** – Conscientizar as pessoas da importância do apego, da atenção, do amor, da segurança, da boa convivência familiar, do exemplo dos pais na formação de uma boa saúde mental, de uma personalidade forte, sadia, e na prevenção dos comportamentos

antissociais. Usar para isso os meios de comunicação.

### *Considerações finais*

A prevenção dos distúrbios de conduta que levam à violência e à delinquência é atribuição da família, dos educadores, dos pediatras, dos psicólogos, dos assistentes sociais. Sem prevenção a violência continuará aumentando. Prevenir a violência é uma questão de cidadania, que começa com o respeito aos direitos das crianças e dos adolescentes estabelecidos em nossa Constituição Federal.

## ***O apego e a resiliência: teoria, clínica e política social***

*Antoine Guédény*

---

O termo “resiliência” é originário da física. Ele define as capacidades de uma substância conservar suas propriedades físicas sob a influência de condições extremas. Recentemente, resiliência transformou-se em uma palavra-chave em matéria de saúde mental, empregada para enfatizar as condições nas quais uma criança pode resistir a um traumatismo ou a condições difíceis e manter a integridade de seu desenvolvimento psicológico. O termo “apego” foi proposto por Bowlby para definir a necessidade primária de proximidade e de sentimento de segurança da criança pequena em relação a seus pais.

Nós vamos aqui evocar as relações entre esses dois termos: o apego e a resiliência. Com efeito, a segurança do apego – o fato de a criança dispor de relações próximas e confiáveis que podem funcionar como uma base segura em face do traumatismo – destaca-se como um fator poderoso de resiliência. Numerosas são as situações que podem colocar em perigo o desenvolvimento e a saúde mental na primeira infância. A pobreza, a separação precoce e durável, o alcoolismo e a violência na família são as mais evidentes e as mais conhecidas. Revisaremos o que conhecemos atualmente dessas circunstâncias, de seus efeitos e de suas ligações com o apego. Isso para reportarmo-nos ao que se pode fazer em matéria de política social destinada à criança e à família: o que funciona e para quem ou quais “os limites da resiliência”.

### ***As condições da resiliência***

Desde há muito tempo, os psicólogos, os pedagogos, os médicos interrogam-se sobre as condições que favorecem a superação de traumatismos por um indivíduo. A história recente tem fornecido ampla matéria para reflexão sobre esse assunto e bem mais numerosas são as situações em que se pode observar os efeitos devastadores das guerras, da violência, das separações. Entretanto, cada uma dessas situações extremas permitiu observar que um certo número de indivíduos chegava a suportá-las, mantendo alguma esperança e autoestima e preservando energia para um projeto de vida.

Quais são as características desses indivíduos sobreviventes e resilientes? Sabe-se o que o

bom senso sugere: em face do traumatismo, é melhor ser rico e sadio do que pobre e doente. Obviamente, em tal situação, é melhor ter um Q.I. elevado que um Q.I. baixo, ter um temperamento sociável do que ser tímido e suscetível. Uma boa autoestima, algumas competências sociais e uma forte rede de contatos informais (família, amigos e vizinhos) são elementos preciosos. Importante componente da resiliência parece ser uma ideia realista do próprio valor. A capacidade de gerar uma rede social e de mantê-la tem sido evidenciada particularmente como elemento de sobrevivência em um sistema centralizador (Primo Lévy).

O senso de humor apresenta-se como outro elemento importante e veremos como a teoria do apego irá também retomá-lo. A psicopatologia anterior desempenha um papel essencial: sabe-se hoje que a intervenção psicológica precoce em casos de traumatismo não beneficia todo mundo. Ao que tudo indica, ela deve ser reservada para aqueles que justamente correm o risco de fracassar em suas tentativas de adaptação ante o traumatismo.

Outro componente importante parece ser a capacidade de dar sentido à situação, a fim de poder sair dela, como bem demonstra a expressão familiar que diz: “eu me saí bem desta”. Por isso, é bom ter habilidades linguísticas que permitam estar informado, saber o que se passa, para, então, antecipar-se ao que vai ser importante. O conhecimento da história e, em particular, da própria história é um fator a mais que possibilita a resiliência. Freud dizia que desconhecer a própria história é arriscar-se a repeti-la. As características próprias do indivíduo desempenham também um papel no fenômeno: é melhor ter um temperamento sociável do que ser fechado e suscetível, pois isso poderá influenciar a capacidade de utilizar recursos do meio.

Os modelos animais, como o macaco Rhésus, são particularmente interessantes para determinar os elementos biológicos da resiliência, que são, de fato, os elementos temperamentais (genes mudados 5-HIAA e metabolismo da serotonina ou alelo D2D4 e dopamina). Mas qualquer que seja sua base biológica, a resiliência apresenta-se como uma capacidade que pode ser latente ou manifesta, construída ou restabelecida. Ela não é jamais absoluta, portanto não existem crianças invulneráveis. A resiliência não permanece durante toda a vida e pode ser variável, por isso a necessidade de construí-la e mesmo de conservá-la. O aspecto decisivo da resiliência humana é ser construída na relação, na interação de uma pessoa com aqueles que a cercam.

A resiliência apresenta, portanto, ao menos dois componentes principais: a resistência e a manutenção do desenvolvimento em face da dificuldade. Essa noção é mais rica do que a de resistência e está intimamente ligada às noções de descoberta e manutenção de um sentido da

experiência. Enfim, a resiliência não pode ser separada de seu contexto social e cultural; o que pode favorecê-la em uma cultura pode também limitá-la em outra; ela pode inspirar e, às vezes, reorientar a política social, mas não a substitui.

### ***O apego e a resiliência***

Poder-se-ia propor a ideia segundo a qual a teoria do apego teria sido abordada primeiramente por Bowlby como teoria das condições de resiliência do bebê em face da separação. Vamos lembrar que a teoria do apego foi criada durante o período pós-guerra. Ela nasceu em um contexto histórico de separação, de implicação de crianças pequenas e de suas famílias em uma guerra total. Bowlby participou da evasão de crianças durante a blitz de Londres. Em oposição a Mélanie Klein e mais próximo nesse ponto de Anna Freud, ele não pensava que fosse possível conduzir a análise de uma criança sem considerar o ambiente que a cercava.

Seu primeiro estudo abrangia 40 crianças e adolescentes delinquentes, cuja frieza nas relações afetivas contrastava com seu bom desenvolvimento intelectual. Retrospectivamente, ele observou a frequência das separações a que foram submetidos como fator importante, que não lhes permitiria estabelecer um sentimento de confiança e de segurança. A teoria psicanalítica da época não permitia compreender o desenvolvimento desses distúrbios da personalidade. Bowlby procurou uma alternativa para a teoria das pulsões, pretendendo incorporar à teoria psicanalítica os conhecimentos da etiologia, das ciências cognitivas, da informática, da cibernética, da teoria da informação e dos sistemas. Ele propôs que o apego fosse considerado uma necessidade primária, desencadeada pelos comportamentos específicos da espécie (gritos, sorrisos, sucção, acompanhamento e fixação da atenção).

Com Robertson, Bowlby estudou os efeitos da separação da criança pequena de sua família, em particular quando havia hospitalização. Finalmente, ele conseguiu descrever uma patologia sobre a base do apego, o sentimento de segurança que se desenvolve ou não na relação, da mesma forma que Freud descreveu a psicopatologia sobre a base da sexualidade infantil e do modelo de histeria. No entanto, se, graças a Bowlby, os efeitos da separação durável precoce são logo reconhecidos, a necessidade de uma ligação de apego para o desenvolvimento da saúde mental é muito menos facilmente reconhecida.

Foram precisos os aportes de Mary Ainsworth e de seus estudos no meio natural em Uganda e, posteriormente, em Baltimore, para colocar em evidência o papel-chave da sensibilidade materna na construção de um apego seguro. O desenvolvimento da situação estranha seria um

elemento que reforçaria, poderosamente, a teoria do apego. Ainsworth mostrou o caráter universal do apego e das categorias seguro/inseguro. Seus estudos demonstraram a ligação entre a segurança do apego e o estilo das relações mãe-criança.

Dois estudos essenciais iriam intervir em seguida: os estudos longitudinais e o *Adult Attachment Interview (Entrevista de Apego Adulto - AAI)*, de Main. Os estudos longitudinais, conduzidos sobretudo por Sroufe, permitiram mostrar as correlações do apego seguro: melhores relações com os pares, bom desenvolvimento social e cognitivo. A segurança do apego não era uma garantia para a vida, pois ela dependia da manutenção de condições suficientemente boas. Ela não estava diretamente ligada à performance intelectual mas, sim, muito mais ao sentimento de estar bem consigo mesmo e com os outros, alguma coisa como o que dizia o pequeno cão de Peanuts: “a felicidade é fazer parte da turma”. A criança segura interiorizava o caráter da sensibilidade e da confiabilidade, do calor e da disponibilidade emocional dos quais era objeto. Ela tinha, então, ideia de seu próprio valor e encontravam-se aí os elementos necessários para os processos da resiliência.

O segundo elemento essencial foi o desenvolvimento do AAI, que era, para o adulto, o que a situação estranha era para a criança. Esse instrumento, no momento reservado para a pesquisa, baseou-se na análise da coerência do discurso de um adulto falando de sua infância, de seus pais, das separações, dos cuidados de que foi objeto, em uma entrevista estruturada. Esses dois instrumentos, a situação estranha e o AAI, permitiram que fossem realizados os estudos longitudinais sobre a transmissão do apego seguro de uma geração para outra. Nós estamos no coração do assunto. Temos, agora, os meios para melhor compreender o processo de transmissão de um apego inseguro do adulto para a criança, ou, ao contrário, como esse processo pode ser bloqueado. Sabemos que a maior parte das crianças que foram vítimas de traumatismo, de carência e de abusos corre o risco de reproduzi-los, quando adultos, nas relações com seus próprios filhos. Mas observamos que essa reprodução não é a regra e que um grande número desses futuros adultos pode escapar da repetição quando se tornarem pais.

A teoria do apego permite que se compreenda esse fenômeno. Mesmo que se tenha vivenciado circunstâncias extremas, o efeito dos traumatismos não terá impacto na relação com uma criança pequena, senão na medida em que puder impedir a capacidade de expressão, pelo adulto, do que tinha ficado petrificado e que respeita a emoção. Compreendemos, assim, que isso não é nada evidente. Como falar de incesto, de carência, de abuso quando é tão mais difícil compreendê-los quanto mais tiverem sido infligidos por aquele ou aquela que, justamente, deveria dar a segurança e o amor?

O juiz estudado por Freud, o Presidente Schreber, falava da “morte da alma” sem poder estabelecer a ligação desta com as práticas pedagógicas violentas de seu pai. Mas se, espontaneamente ou sob terapia, o sentido puder ser estabelecido, se uma relação puder ser dada como incompreensível e insuportável, então o que se vivenciou não perseguirá a interação do adulto com a jovem criança e não conduzirá ao desenvolvimento de um apego inseguro ou, pior, desorganizado. E isso porque o estilo do apego não é, em si, uma patologia; ao contrário, é um mecanismo de defesa.

A patologia começará quando não se puder mais ter uma posição em face do traumatismo e não houver mais estratégia que a mantenha. A partir daí, ocorrerá o domínio do apego desorganizado, e esse comportamento estará relacionado com a sensação de pavor, de sideração, de transbordamento. Ele foi observado entre crianças vítimas de sevícias, encontradas em situação de pavor ou de inacessibilidade de seus pais, diante de um luto não resolvido ou de uma patologia mental severa.

O elo mais recente entre a resiliência e o apego foi apontado por Fonagy. Ele postulou o comportamento do apego a uma função evolutiva pelo viés do desenvolvimento da capacidade autorreflexiva. Essa capacidade é mais abrangente do que a de emprestar a outro um espírito independente do seu (teoria do espírito). Trata-se de uma capacidade geral de mentalização, isto é, de dar sentido à experiência; consiste na capacidade de um indivíduo ir além de um fenômeno imediatamente conhecido e responder aos comportamentos do outro de uma maneira que indique sua avaliação destes e leve em consideração o estado psíquico do outro quando com este organiza suas ações; mais que introspecção, é a capacidade de conferir um sentido aos comportamentos e, então, regulá-los ativamente, em um processo automático, inconsciente, mais que deliberado; é uma competência adquirida.

Para Fonagy, a aquisição dessa função reflexiva é feita no centro da relação mãe-criança. A atitude da mãe ao mentalizar o filho, tal como o medimos antes do nascimento, está em relação direta com a capacidade reflexiva da criança, mesmo considerando a capacidade verbal desta e sua segurança do apego. A aquisição da capacidade reflexiva faz, então, parte de um processo intersubjetivo da criança e da pessoa que tem as funções maternas. A criança é levada a criar um modelo comportamental de sua mãe. Ela chegará a isso quanto mais essa mãe lhe atribua inconscientemente um estado psíquico e essa atribuição seja mesmo refletida em seu comportamento. Se a mãe trata a criança como um ator psíquico, a criança o percebe, e isso a ajuda a estruturar seus estados internos e sua casualidade.

Fonagy dá um exemplo de uma criança de onze meses colocada sobre uma cadeira fixando sua atenção em um copo. A mãe se inclina e lhe dá um papel alumínio. O observador fica surpreso. De fato, a mãe havia notado que a criança brincara com o papel brilhante, deixara-o cair e perdera-o de vista, fixando-se em um outro objeto brilhante para marcar sua necessidade. A mãe responde adequadamente ao desejo da criança com base em sua capacidade reflexiva e ajuda a criança a desenvolver sua própria capacidade de refletir.

Os estados de desorganização são o contrário da mentalização. Esta dá lugar aos sintomas do tipo de desassociação e agorafobia, que são aqueles observados, frequentemente, em matéria de traumatismo. As ligações entre a segurança do apego, a insegurança, a desorganização e a resiliência e seus limites são, então, manifestadas. Como as aplicar a situações clínicas e à política de saúde mental?

#### *As situações de risco para o desenvolvimento na pequena infância*

Algumas situações de risco são conhecidas desde há muito tempo. Lembremos o estudo de Spitz sobre depressão anaclítica e seus efeitos. Mas façamos, antes, uma observação que se aplica às duas vertentes da resiliência. Nem todas as crianças do estudo desenvolveram depressão anaclítica; ao contrário, 81 sobre 121 não mostraram o efeito imediato da ruptura da ligação de apego. Mesmo se, com Bowlby, possamos estar inquietos quanto ao futuro dessas crianças, elas deram prova de sua resiliência nesse estudo. Inversamente, as crianças que apresentaram um quadro de depressão anaclítica importante foram atingidas por perturbações neurológicas discretas ou manifestas, que constituíram obstáculos ao processo de resiliência. É provável que isso seja muito importante no caso de desnutrição.

Lembremos aqui que Bowlby definiu as condições nas quais uma criança suporta a perda de um de seus pais: é preciso que ela tenha tido uma boa relação com eles, que se lhe diga a verdade, que a relação com o pai ou a mãe sobrevivente seja segura e possa ser mantida. Selma Fraiberg descreveu situações de crianças pequenas extremamente preocupantes, com perturbações severas de desenvolvimento. Ela espantou-se com sua evolução sem sequelas, mas é preciso notar que o tratamento foi, cuidadosamente, planejado, intensivo, associando psicólogos e assistentes sociais de maneira durável.

O alcoolismo dos pais é um fator de risco muito pesado para o desenvolvimento das crianças, sobretudo quando o pai é atacado por mais de uma perturbação psicopática. Entre os me-

ninos, o risco parece estar ligado ao temperamento, como variável intermediária. As meninas parecem ser mais afetadas pela psicopatologia da mãe, enquanto os meninos são mais afetados pela psicopatologia do pai. As intervenções baseadas sobre a redução dos comportamentos violentos e sobre a diminuição de atitudes autoritárias dos pais são eficazes nessas famílias, mesmo sem procurar diminuir o alcoolismo dos pais.

Os estudos sobre os fatores psicossociais são numerosos. Um dos mais notáveis é o de Sameroff (1993), realizado em Rochester. Ela confirma a importância do número de fatores de risco na possibilidade de resiliência ou em seu fracasso; mostra que as crianças com competência elevada, inicialmente, têm um prognóstico pior nesse meio de alto risco do que aquelas cujas competências, no início, são mais fracas e que vivem em um meio de baixo risco. Isso mostra-nos que as regras da resiliência não são as mesmas para a criança pequena e para o adulto.

Qualquer que seja o meio, rico ou pobre, a resiliência está exposta a um alto perigo em ambientes com dificuldades múltiplas, isto é, que apresentem mais de quatro fatores de risco. Nessa circunstância, então, não sobra quase nada para a resiliência. Entre as crianças pequenas, a resiliência está em função da idade. Os estudos de Main sobre órfãos adotados têm mostrado uma resiliência notável entre crianças adotadas antes de seis meses. Sabemos que esse é o caso para adoção em geral.

### *As consequências para a política de saúde mental precoce*

Uma das primeiras consequências é a importância do rastreamento precoce. Certamente, uma perturbação de rastreamento precoce é, às vezes, também uma perturbação grave, cujo impacto sobre o desenvolvimento será importante, mesmo se for tratada. Cada vez mais, os três primeiros anos de vida têm-se mostrado um período essencial, mesmo se nada funcionou completamente até o limite desse período. A neurobiologia recente (Shore, Siege) demonstra-nos que as relações precoces e o apego configuram a biologia e a anatomia cerebrais. Esse período da vida é o de maiores mudanças, de processos de aprendizagem e desenvolvimento mais intensos. Ele deve ser, então, o objetivo, o alvo privilegiado da prevenção, do rastreamento e da intervenção.

A resiliência é um fenômeno psicológico que não intervém e se mantém somente dentro do quadro de uma relação. Não existe resiliente sozinho. Ante um caso de resiliência abalada, é preciso procurar a relação oculta, como aquela contada por Boris Cyrulnik em sua história do

menino abandonado que falava todos os dias com o jardineiro do orfanato.

O trabalho das mulheres tornou-se um fato social. O apego seguro é possível no quadro de uma creche de boa qualidade, com quantidade adequada de pessoal bem formado, bem pago e que possa oferecer uma relação de melhor qualidade a cada criança e também a seus pais. A gravidez e o parto são um período de vulnerabilidade, mas também de enriquecimento e de possibilidade de nova integração dos traumatismos do passado. As futuras mães e seus familiares têm necessidade de suporte e de encorajamento durante esse período. A gravidez pode ser a ocasião para colocar em jogo os fatores de resiliência, particularmente importantes graças à reorganização psíquica que podem permitir. É preciso que, em torno da gravidez, exista uma rede de profissionais capazes de rastrear as situações, cercá-las e tratá-las. A intervenção preventiva deve ser, então, igualmente centrada na criança e em sua família. A ajuda deve se centrar nas situações mais difíceis, aquelas que acumulam riscos, de maneira que forneça ajuda aceitável e utilizável para os familiares. Concluindo, se a política de saúde mental precoce foi muito beneficiada pelos aportes da ciência, a ciência tem também necessidade da política social para ser estimulada a encontrar soluções para os problemas práticos.

---

### *Referências bibliográficas*

CICETTI D.; NEUCHTERLEIN, K.H; WEINTRAUB, S. (Org.). Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press, p. 79-101, 1991.

COHLER, B.J.; STOTT, F.N.; MUSICK, J. Vulnerability, resilience and response to personal adversity: cultural and developmental perspectives. Maddison, Connecticut: International University Press, 1993.

COWEN, E.L. et al. The Rochester child resiliency project: overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology*, 2, p.193-212,1990.

CYRULNIK, B. Un merveilleux malheur. Paris: Odile Jacob, 1999. 240p.

\_\_\_\_\_. (Org.) *Revnigny-sur-Ornain*. Paris: Hommes et Perspectives, 2004. 120p.

FONAGY, P. et al. The Emanuel Miller lecture 1992: the theory and practice of resilience. *Jour-*

nal of Child Psychiatry and Psychology, 35, 2, p. 215-230, 1994.

GARMEZY, N.; RUTTER, M. Stress, coping and development in children. New York: Mc Graw & Hill, 1983.

GUEDENEY, A. Résilience et attachement. In: Ces enfants qui tiennent le coup. Paris: Hommes et Perspectives, 1998.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: ROLF, J. et al. (Org.). Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press, p. 181-214, 1990.

*Tradução cortesia do Instituto Sidarta com revisão técnica de Jaqueline Wendland*

## ***Proteção da Infância: Prevenir precocemente a violência e o fracasso escolar***

*Maurice Berger*

---

### ***I – Introdução***

O serviço de psiquiatria infantil que dirijo é especializado em casos de crianças violentas e começou a pesquisar o tema há mais de 30 anos. Nós chegamos à conclusão que qualquer ação de proteção à criança deve começar com as seguintes perguntas: qual é o nosso objetivo? Que futuro a sociedade quer para as suas crianças?

Nossa resposta é que queremos que as crianças que nos são confiadas se tornem capazes de aprender, ou seja, que elas tenham suas capacidades intelectuais e o desejo de descobrir o que é novo preservados; que elas sejam capazes de viver em grupo, ou seja, sem agredir o outro e sem serem agredidas; que elas tenham autonomia, logo, que não dependam de benefícios sociais e assistência do Estado para viver no futuro. Para isso, é necessário que o seu desenvolvimento físico, afetivo, intelectual e social seja protegido. São objetivos que parecem simples, mas na realidade são difíceis de serem alcançados. Eu vou abordar aqui dois desses aspectos: a prevenção de comportamentos violentos e o fracasso escolar que estão muitas vezes relacionados, porque a negligência e o abuso frequentemente levam a ambos os transtornos. A questão subjacente que abordarei no final é saber se a lei dá prioridade a esses objetivos mencionados.

Os trabalhos internacionais mostram que agora temos à disposição um conhecimento aprofundado sobre o que é a prevenção e que a proteção da infância tornou-se uma verdadeira especialidade. Esses estudos mostram que **a origem dos comportamentos violentos e do fracasso escolar situa-se nos primeiros anos de vida, na faixa de dois a três anos**, em crianças que foram negligenciadas e/ou abusadas. A precariedade material é frequentemente citada como causa desses problemas. Isso não é completamente falso mas a pobreza é, sobretudo, um fator agravante. Todavia, os problemas mais importantes são os distúrbios da parentalidade, ou seja, a dificuldade dos pais para entender as necessidades de seu filho pequeno. Esses pais, muitas vezes, também tiveram uma infância desastrosa, então eles não sabem o que é ser criança e não compreendem os sinais emitidos pelo seu filho (choros, gritos, necessidade de ficar no colo etc.)

Em geral, os serviços sociais se preocupam mais com as crianças espancadas e abusadas sexualmente. Na Europa, isso representa 22% das crianças que são levadas aos serviços de proteção da infância e que são protegidas rapidamente. Esse não é o caso do restante de 78% das crianças que são levadas a esses serviços de proteção e que sofreram **traumas relacionais precoces** de maneira repetida cometidos pelos pais, que vivem de forma caótica, sem ritmo regular ou que são viciados em drogas, estão sempre mudando de moradia ou que sofrem de problemas psiquiátricos. É surpreendente constatar que **as crianças mais violentas não são as que foram agredidas diretamente, pois estas são mais rapidamente protegidas, mas aquelas que são expostas a cenas de violências conjugais**. É preciso também destacar o **papel da negligência**, cujos efeitos são subestimados e é uma forma de maus-tratos que passa despercebida. A negligência não é o que você faz para uma criança, mas sim o que você não faz a ela, especialmente quando você não a olha, não lhe dá carinho, não a carrega, não sorri e não brinca com ela. Ora, sabemos há muito tempo que existem períodos sensíveis para o desenvolvimento da criança. Por exemplo, há uma abertura para o desenvolvimento do cérebro entre um e três anos para aprendizagem de línguas. Se a criança não tem um bom contato com a linguagem nesse período, ela corre o risco de apresentar um atraso na linguagem. Estadias longas em abrigos também podem ser prejudiciais.

## *II – A patologia dos traumas relacionais precoces*

Por trás de um simples gesto, como a agressão, descobriu-se que esas crianças têm um complexo funcionamento psicológico que chamamos de “patologia dos distúrbios relacionais precoces”.

1) Essas crianças são perturbadas por imagens violentas do passado, que elas introjetaram em uma época em que não tinham a capacidade de utilizar as palavras para entender o que estava acontecendo. Essas imagens podem ressurgir a qualquer momento, durante uma frustração; em uma situação que seja exigido um grau mínimo de educação; em um pequeno empurrão ou simplesmente quando são olhados (“ele me encarou com um olhar estranho, então eu bati nele”). Essas pessoas não diferenciam entre o presente e o passado e começam a atacar sem piedade e sem poder parar.

2) Essas crianças, quando bebês, são submetidas a uma situação de estresse constante que aumenta os níveis de cortisol no sangue. Esse cortisol passa pelo cérebro, o que provoca um comprometimento neurológico com um mau desenvolvimento das células cerebrais em uma área chamada de sistema límbico, diminuindo a quantidade de células em até 16%. Essa área do

cérebro permite **regular as emoções, em particular a agressividade**. É por isso que em muitos países considera-se que a proteção da infância deve ser primeiro um ato de **neuroproteção**.

3) Estas crianças têm dificuldades de raciocínio, muitas vezes com um nível intelectual menor que fica escondido por trás de uma linguagem aparentemente correta. Quando elas eram pequenas e ficavam angustiadas, a sua estratégia de defesa pode ter sido parar de pensar. Além disso, elas viviam em um ambiente normalmente imprevisível, o que as impedia de estabelecer relações causais. Uma criança só pode construir o seu pensamento se ela consegue antecipar, ou seja, compreender que depois de cada acontecimento se produzirá um outro. Por exemplo, um bebê que tem fome começa a se manifestar por meio de gritos, choros, e então ele vê sua mãe preparar a mamadeira na temperatura certa e dar a ele calmamente, todo dia da mesma maneira. Em contraste, outra mãe pode ser muito imprevisível, às vezes ela está muito nervosa, grita e em outros momentos, ela não cuida do seu filho. O mundo torna-se então incompreensível para ele. Assim, a origem do fracasso escolar se situa muitas vezes antes dos três anos de idade.

4) Essas crianças sofrem **distúrbios de apego**, isto é, uma incapacidade de estabelecer um relacionamento tranquilo e seguro com os outros. Eles atacam todos os bons momentos da relação enquanto que em outras situações, elas se grudam às outras pessoas, pois não suportam que se afastem um pouco delas. Quando elas são colocadas em uma família de acolhimento podem atacar fortemente essa relação.

5) Essas crianças não sabem “fazer de conta”, porque não brincaram quando eram pequenas. As proteínas, os lipídios, os carboidratos são o alimento do crescimento físico e a brincadeira é o alimento do crescimento psíquico. O jogo permite transformar a agressividade em brincadeira. Estou falando de crianças que não sabem a diferença entre brincar e fazer de verdade. Assim, quando elas provocam um incêndio numa escola, elas dizem ao juiz que fizeram aquilo para se divertir.

6) A criança não tendo à disposição nenhum adulto capaz de se identificar com o que ela sente, entra em um isolamento total, com sentimentos de angústia e de terror diante do vazio dos relacionamentos que ela vive, do abandono e da violência. Esse sofrimento “profundo”, “silencioso”, é menos visível do que os distúrbios de comportamento.

7) O abuso e a negligência ocasionam uma hiperatividade acompanhada de problemas de concentração e de impulsividade. O transtorno de concentração aumenta as dificuldades es-

colares. A impulsividade é a incapacidade de tolerar a menor tensão em si mesmo, até mesmo uma curta espera, o que resulta em reações violentas.

8) Esses problemas rapidamente se instalam, muitas vezes desde a idade de dois anos. Mas essa violência é muito difícil e custosa de ser tratada, daí a importância de sua prevenção.

### **III – AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO**

A avaliação baseia-se nos seguintes princípios:

- 1) **Avaliar com precisão o estado da criança**, em especial o que diz respeito ao seu **desenvolvimento psicológico** e motor por meio de testes simples. Por exemplo, dar um pequeno cubo vermelho para um bebê de nove meses de idade e em seguida esconder o cubo sob um pequeno lenço e perguntar à criança: “Onde está o cubo?”. Uma criança que vive em um ambiente estável, previsível, vai entender que o cubo está sob o lenço e vai puxá-lo para encontrar o brinquedo. Sendo assim, mesmo não vendo o objeto, ele mantém a imagem dele em sua mente, por isso percebe que o cubo está sob o lenço. Uma criança que vive em um ambiente imprevisível não procura o cubo embaixo do lenço, ela olha em volta, para a direita, para a esquerda, porque ela não guardou uma imagem em sua cabeça, a representação do objeto se foi, se perdeu, assim que ele sumiu do seu campo visual. Esses testes podem ser utilizados por assistentes sociais e pediatras para medir o quociente de desenvolvimento da criança e permitem verificar se o desenvolvimento está comprometido e se as medidas de assistência fornecidas à família são suficientes ou não.

Sabemos hoje que há uma equivalência entre o quociente de desenvolvimento e o quociente de inteligência a partir dos 30 meses de idade. Assim, um atraso de desenvolvimento tem grandes chances de evoluir para um retardo mental e um fracasso escolar.

Quanto ao nível de desenvolvimento emocional, é necessário conhecer os sinais preocupantes, como por exemplo, a hipervigilância e as explosões de violência impossíveis de serem acalmadas desde a idade de 16 meses, quando os bebês começam a andar e as mãos estão livres, permitindo que ele bata.

- 2) **Avaliar o funcionamento psicológico dos pais**: impulsividade, abuso de drogas, errância na vida, psicopatia, transtornos psiquiátricos, depressão, esquizofrenia, paranóia.

- 3) **Avaliar a qualidade das interações entre pais e filho/a**, especialmente se a mãe é sensível às mensagens ou sinais transmitidos pelo seu bebê (choro, olhar etc.). Há guias para avaliar as capacidades parentais muito precisos. Exemplo: a sensibilidade dos pais se manifesta principalmente:
- pela detecção de sinais transmitidos pela criança pequena;
  - pela interpretação correta desses sinais;
  - pela seleção de uma resposta adequada a esses sinais;
  - pela aplicação rápida da resposta selecionada.

Podemos ilustrar essas quatro atitudes pelo exemplo seguinte.

**Um bebê chora porque está com fome:**

- sua mãe não ouve o choro e continua a discutir com a assistente social. É, portanto, incapaz de detectar o sinal transmitido pela criança;
- outra mãe diz que seu filho chora de propósito para irritá-la, enquanto ela está assistindo a sua novela favorita na televisão. Ela faz, assim, uma interpretação errada dos sinais.

Nas duas primeiras situações, sabemos que a incapacidade dos pais para atender às necessidades de seus filhos é tão grande que é provável que ela não consiga melhorar, mesmo com uma assistência educativa.

- outra mãe pode reconhecer que seu filho tem fome mas continua assistindo a novela. Podemos constatar que ela seleciona a resposta que seria adequada, dando comida, mas não há uma proximidade física positiva. Quando ela o alimenta, o bebê não pode estabelecer uma relação entre o sinal que emitiu e a resposta que obteve, isso porque o tempo de resposta foi muito longo. Além disso, a criança bebe muito rapidamente a sua mamadeira e acaba se engasgando, porque engole rápido demais e começa a regurgitar, chorar etc.;
- outra mãe para imediatamente de assistir à televisão e prepara rapidamente um mamadeira para o seu bebê. Ela aplica a resposta selecionada em um curto espaço de tempo.

- 4) **Avaliar se os pais têm a capacidade de progredir**, e se for o caso, estabelecer um programa de suporte à parentalidade, estruturado com linhas de orientação precisas e com intensidade suficiente para surtir efeito. Há modelos validados deste tipo de ajuda.

- Por exemplo, podemos utilizar o dispositivo “Elmira Home Visitation”, que consiste em visitas domiciliares a cada 15 dias, durante o último trimestre da gravidez e durante os dois primeiros anos de vida da criança. Neste trabalho ajudamos os pais a entender o comportamento infantil, desenvolvendo suas habilidades, estimulando seu filho/a, brincando com ele/a, se necessário com a ajuda de pequenas sequências de vídeos em que se filmaram as interações entre pais e filho/a. Esse programa de intervenção foi avaliado várias vezes por psiquiatras e economistas. Heckman, prêmio Nobel de Economia, demonstrou que, em 20 anos, o programa foi muito rentável: 17 euros economizados para cada euro investido. Se compararmos ao grupo de controle que não recebeu esse apoio, as crianças incluídas neste programa de prevenção são menos orientadas para educação especial e, na idade adulta, elas têm mais acesso ao trabalho, ganham salários mais altos, são mais propensas a terem acesso à propriedade, dependem menos dos benefícios públicos para viver, e têm menos distúrbios mentais, abuso de drogas e comportamento violento.
- Outro dispositivo de prevenção, o “jogo das três figuras”, foi criado para crianças com três anos que estão em creches localizadas em bairros da periferia. As crianças fazem pequenas sequências de teatro (ou jogo de papéis) em que cada criança deve pegar uma das três figuras seguintes sucessivamente: o agressor, a vítima e o salvador. Esse jogo é proposto por professores, uma ou duas vezes por semana, durante 45 minutos. Para cada 100 crianças que se identificam com uma postura de agressor ou vítima no começo do programa, 92% delas mudam de postura durante o ano, enquanto o percentual é de apenas 62% nas classes que não adotaram o programa.

Existem ainda outros dispositivos.

Se os pais não são capazes de evoluir e se a criança tem um atraso no desenvolvimento e transtornos graves de comportamento, ela deve ser retirada do convívio diário deles rapidamente para que esses problemas não se fixem e o contato entre a criança e seus pais deve ser feito por meio de visitas mediadas com a presença de profissionais da área. Por isso é extremamente importante que no meio substituto em que a criança vai viver tenha uma figura de apego estável, caso contrário a mudança a protegerá apenas fisicamente, mas não lhe permitirá desenvolver-se adequadamente. As situações que geram o maior dano são aquelas em que a criança é submetida a ir e voltar do abrigo para suas famílias e aquelas em que muitos educadores cuidam dela. Portanto, é preciso que se tenha um ou alguns poucos adultos que fiquem responsáveis por tomar conta da criança quando a perspectiva é de uma duração maior, de vários anos.

#### **IV – QUAL A LEI?**

Antes de qualquer avaliação e intervenção, em cada país, a questão que emerge é de saber se a lei de proteção à infância permite aos profissionais trabalharem de maneira eficaz.

Existem dois tipos de leis:

- Aquelas que estão focadas nos pais e em manter a criança em sua família a qualquer custo. Nesse dispositivo, buscamos um equilíbrio entre os direitos das crianças e os direitos dos pais, já que a situação não é simétrica. Uma criança pequena é vulnerável, está em desenvolvimento, depende de seu ambiente e ela não tem palavras para expressar o que sente. A França faz parte desses países cujo sistema de proteção à infância não funciona bem e tem maus resultados, com o aumento constante no número de crianças violentas.
- Em outros países, quando os direitos das crianças e os direitos dos pais são conflitantes, os interesses da criança serão priorizados. Esses interesses estão ligados às necessidades fundamentais físicas, intelectuais, sociais e afetivas da criança. É portanto necessário definir quais são as necessidades mínimas que devem ser cumpridas para que a criança se desenvolva normalmente. Todos os estudos internacionais mostram que essas necessidades apresentam uma hierarquia, devendo-se começar pelas necessidades mais básicas antes das demais. As primeiras necessidades são fisiológicas: não sentir frio, fome etc.. A segunda é uma necessidade de segurança, isto é, ter uma figura de apego segura estável. Essa é uma necessidade vital psíquica desde os primeiros dias de vida. Chamamos de figura segura um adulto de confiança, estável, previsível, acessível, capaz de compreender as necessidades de uma criança pequena e aliviar as tensões, o que geralmente faz um pai ou mãe “normal”. **A primeira necessidade de uma criança não é ser amada, mas de se sentir segura**, ainda que ser amado e inscrito numa filiação familiar são também necessidades muito importantes. Um pai pode amar seu filho à sua maneira, mas sem lhe dar o sentimento de segurança necessário e uma criança não pode receber o amor dos pais se ela não se sente segura. Isso é descrito na pirâmide de MASLOW (1954)

Gradualmente, a criança vai introjetando a imagem dessa figura responsável e consegue aos poucos se afastar. Quando ela se sente segura, a criança pode, quando se afasta, explorar o mundo. Isso mostra que as habilidades de aprendizagem não podem se desenvolver sem que a

criança esteja segura do ponto de vista emocional.



**Pirâmide de Maslow**

Os dispositivos de proteção à infância que funcionam melhor são baseados na **teoria do apego**, considerada como eixo diretor no Québec, no Canadá; na Inglaterra e na Itália. Com essa lei, os profissionais envolvidos têm um mandato claro da sociedade para proteger o desenvolvimento da criança. Eles também são “objetivos claros” para os pais. Esses objetivos são ainda mais importantes se consideramos que a proteção da criança é um trabalho muito difícil do ponto de vista emocional. A questão é fundamental porque deve-se lembrar que mesmo um serviço de psiquiatria infantil especialista nesta área tem dificuldades para tratar os distúrbios causados por atitudes parentais inadequadas na primeira infância.

Esses dispositivos de prevenção são dispendiosos quando aplicados em larga escala, mas eles são um investimento muito bom para a sociedade, em termos humanos e econômicos, porque cuidar de um adolescente muito violento custa 1,2 milhões de dólares norte-americanos no nosso serviço de psiquiatria infantil e o fracasso escolar leva os adultos com deficiência intelectual a se tornarem dependentes do Estado por toda a vida.

*Tradução cortesia do Instituto Sidarta com revisão técnica de Jaqueline Wendland*

## ***O papel da linguagem na microgênese das funções psíquicas e sua aplicação no desenvolvimento e aprendizagem da criança***

*Jairo Werner*

---

### ***Introdução***

O objetivo deste texto é enfatizar o **papel da linguagem na constituição do sujeito**, buscando articular autores da perspectiva histórico-cultural, como Vigotski, com a contribuição metodológica de Heloisa Marinho, pensadora da educação infantil no Brasil, que centrou justamente **na linguagem** sua pioneira contribuição no âmbito do desenvolvimento e aprendizagem da primeira infância. Heloisa Marinho, ao retornar de sua formação em filosofia e psicologia na Universidade de Chicago, uma das mais progressistas na sua época, publicou o inédito artigo “Da linguagem na formação do Eu” (1935), do qual destacamos alguns trechos, a título de introdução ao tema:

Devido à predominância da forma auditiva articular, a linguagem interior toma quase sempre esse feitio, pensamos falando. Embora na maioria das vezes as palavras pensadas não se exteriorizem em som, a enervação muscular está na iminência de provocá-los. Quando no esforço de recordação a enervação intensifica-se, sem querer pensamos alto, isto é, o solilóquio em voz alta substitui o verbo anterior. Por meio dos sinais da linguagem, o indivíduo estimula-se a si mesmo e torna a experiência passada facilmente acessível no delinear [planejar] conduta futura. A linguagem possibilita a experiência mental, ensaio cômodo e rápido de atividade exteriorizada. Ao fazermos plano mental de transportar-nos de um lugar a outro, evocamos por meio de sinais a experiência para regular a conduta futura. A linguagem interior, lembrando vários meios de transporte, leva-nos a escolher de antemão o preferível, poupando futuras hesitações. Graças ao poder de reviver o passado pela linguagem, a experiência anterior tornar-se utilizável para a conduta por vir. Diz Dewey que coisas e acontecimentos que tem nome são libertados de contingências locais e acidentais, podendo, independentes de determinado espaço ou tempo ser trazidos ao foco da atenção pelos signos da linguagem.

### ***Fundamentação teórico-metodológica***

A constituição do sujeito é vista, na vertente histórico-cultural, como “processo constitutivo

recíproco de imersão na cultura e emergência simultânea da individualidade singular no contexto da prática social” (SMOLKA; GÓES; PINO, 1995, p.179).

Marinho (1935), nessa mesma linha, afirma que “ainda na originalidade, persiste no indivíduo a ambiência social, integrada à personalidade pela influência da linguagem na formação do Eu”. A participação do outro na formação do sujeito, portanto, é *considerada fundante*, primordial e constitutiva do pensamento e de suas diferentes manifestações. Vigotski considera que a relação do sujeito com o mundo só é possível através da mediação de outro sujeito. Para ele “o caminho do objeto até a criança e desta até o objeto passa através de outra pessoa” (1988, p.33).

Em creches, escolas, abrigos e lares, foram realizadas e analisadas milhares de observações de crianças pequenas pelo Centro de Estudos da Criança (1938-1974) e pelo Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho (1984-atual), ambos fundados por Heloisa Marinho. Nas observações dessas crianças (do nascimento aos sete anos de idade), é possível constatar o papel constitutivo da linguagem e da mediação de adultos e coetâneos significativos.

De acordo com a metodologia preconizada por Marinho, ao analisarmos amostras do desenvolvimento do grafismo livre relacionado à linguagem oral, como no exemplo a ser apresentado a seguir (quadro 1), observamos que sobressai, concretamente, o papel significativo da **participação do outro** na transformação da significação da ação e do pensamento da criança.

---

### Quadro 1

*Amostra da relação oral-gráfica*  
*Menino, 2 anos, creche universitária*  
*Grafismo livre:*



Transcrição do diálogo que acompanha a ação do grafismo livre:

**Situação:** as crianças de um dos grupos da creche estão realizando a atividade de desenho livre com lápis de cera (gizão), conforme proposta da professora da turma (Prof.). A observadora (O.) fica sentada à mesa, na qual se encontram quatro crianças, a saber: João, Antônio, Bruno e Ana (todas de dois anos). [Nota: a observadora não tem ainda muita experiência com crianças pequenas].

*Turno 1 - O.: Aqui ó, ó o giz, aqui! [dirigindo-se ao João]*

*Turno 2 - Prof.: Ana, senta direito!*

*\*Turno 3 - O.: O que você está fazendo, João? [João estava fazendo as primeiras linhas contínuas sobre o papel, aparentemente de forma aleatória – rabiscção]*

*Turno 4 - João: Está desenhando! [enfático]*

*[Após alguns segundos, João responde, mais especificamente, à observadora].*

*Turno 5 - João: Uma “coba” (cobra)!*

*Turno 6 - O.: O quê? [a observadora não entendera o que João havia dito]*

*Turno 7 - João: Uma coba. [repete]*

*Turno 8 - O.: Uma cobra?*

*Turno 9 - João: É! [confirmando]*

*Turno 10 - O.: Você está fazendo uma cobra também? [dirigindo-se à Ana]*

*Turno 11 - Ana: É! [confirmando]*

*\*Turno 12 - O.: Por que você tá riscando a cobra, ó João? [a observadora não entendera que a ação da criança sobre o papel era de riscar e não tinha a intenção primária de representar a cobra - por isso João continuava rabiscando durante toda a atividade]*

*Turno 13 - João: Eu tô riscando uma coba!*

Algum tempo depois, quando as crianças entregaram os desenhos para a professora da turma, esta pergunta ao menino João:

*\*Turno 14 - Prof.: Que desenho é esse?*

*Turno 15 - João: É uma baleia grande! [enfático]*

---

*\* Observação: em geral, deve-se evitar perguntar diretamente à criança o que ela desenhou, pois poderia indicar que ela não sabe desenhar. No caso, entretanto, como o objetivo inicial do menino não era de representação, ele não se inibiu com as intervenções dos adultos, e, ao contrário,*

*ampliou sua percepção sobre a própria produção gráfica.*

No exemplo acima, João (turnos 3 e 4), inicialmente, refere-se simplesmente ao ato de desenhar, sem lhe dar um significado; a pergunta do observador faz com que o menino, após poucos segundos, transforme o rabisco (ação sobre o papel, sem qualquer representação gráfica) em uma provável cobra. A pergunta do observador vai mais além, ao acrescentar à mente de João a possibilidade de seu grafismo vir a representar algo, ou seja, uma nova forma de pensar e de expressar seu pensamento. Neste exemplo, a iminente incorporação do pensamento e da expectativa do outro demonstra como a microgênese do sujeito depende do processo de apropriação do outro no curso das ações partilhadas, nas quais o diálogo e a mediação semiótica desempenham papel preponderante.

Durante as ações em ocorrência (microgenética), uma das consequências da mediação está no estabelecimento da relação entre pensamento e linguagem. Vigotski destaca como a apropriação da linguagem - sistema de signos linguísticos organizado culturalmente - implica transformação radical na constituição do pensamento e da consciência. O pensamento tipicamente humano é constituído pela linguagem, pois é a partir do momento em que a linguagem entra em cena, no curso do desenvolvimento, que o pensamento se torna verbal e a fala racional. O surgimento do pensamento verbal não acontece de forma mecânica. A apropriação da linguagem e o desenvolvimento do pensamento verbal ocorrem através de longo processo de mudanças - mudanças que alteram o modo de o sujeito operar a realidade.

Marinho enfatiza, em sua metodologia de educação infantil, a importância da relação oral-gráfica na microgênese social do sujeito, ou seja, na formação do pensamento tipicamente humano, no desenvolvimento da habilidade de leitura e escrita e em todas as demais funções psíquicas superiores.

Em continuidade aos trabalhos de Marinho, realizamos levantamento da produção de mais de 3000 crianças, o que permitiu a elaboração de roteiro de observação da relação oral-gráfica, que tem se revelado muito útil no processo de acompanhamento e promoção do desenvolvimento e aprendizagem da criança (quadro 2). Este roteiro tem tido aplicações promissoras tanto na área da educação como na área da saúde mental da criança.

## Quadro 2

### Roteiro de observação do desenvolvimento psíquico

#### A relação oral-gráfica na constituição do pensamento/funções psíquicas superiores

(WERNER, 2000/2012)

I. CORRELAÇÃO ENTRE O GRAFISMO E A FALA DA CRIANÇA	
a.	Não comenta o desenho espontaneamente.
b.	Recusa-se fazer comentário sobre o desenho.
c.	Responde às perguntas sobre o desenho.
d.	Ausência de relação entre o comentário oral e o grafismo.
e.	Coerência entre o comentário oral e o grafismo.

II. ESTRUTURA DA RELAÇÃO ORAL-GRÁFICA	
a.	Narrativa fantástica.
b.	Nomeia o desenho.
c.	Enumera os elementos do desenho.
d.	Especifica o desenho.
e.	Frase com verbo de ação relacionado ao grafismo.
f.	Narrativa realista - frases encadeadas.

III. LINGUAGEM QUE ACOMPANHA A AÇÃO DO DESENHO	
a.	Iniciar a ação.
b.	Dar continuidade.
c.	Terminar a ação.
d.	Descrever a ação.
e.	Anunciar a ação.
f.	Transformar a ação.
g.	Dar significado à ação.
h.	Mudar o significado da ação.

IV. FUNÇÕES DA LINGUAGEM	
a.	Comunicação/Linguagem Social.
b.	Falar para si mesmo (solilóquio)/Linguagem egocêntrica.
c.	Regular o comportamento do outro.
d.	Regular o próprio comportamento.
e.	Determinar/influenciar/modificar a percepção.
f.	Possibilitar a evocação de coisas passadas (memória).
g.	Permitir o planeamento de ações futuras.
h.	Organizar as ações.
i.	Expressar o pensamento.
j.	Direcionar o foco da atenção.
k.	Constituir o pensamento (pensamento verbal).
l.	Apropriar-se de palavras alheias (incorporação da palavra do outro).

V. FUNÇÕES PSÍQUICAS SUPERIORES CONSTITUÍDA PELA LINGUAGEM	
a.	Memória mediada.
b.	Atenção voluntária.
c.	Percepção.
d.	Cognição
e.	Imaginação.
f.	Pensamento prático.
g.	Pensamento verbal.
h.	Consciência e vontade.
i.	Funções executivas.
j.	Direcionar o foco da atenção.
k.	Constituir o pensamento (pensamento verbal).
l.	Apropriar-se de palavras alheias (incorporação da palavra do outro).

Partindo da tese geral, segundo a qual **o sujeito se constitui nas relações sociais por meio da linguagem**, os aspectos aqui destacados apresentam inúmeras possibilidades de articulações produtivas, no sentido de se desdobrar as contribuições de Marinho e as de outros autores vinculados à perspectiva histórico-cultural.

No campo das ações educativas voltadas para a criança, destaca-se, por exemplo, a importância metodológica da construção (mediada) da relação oral-gráfica, considerada como a “pré-história”, não só da aprendizagem da leitura e da escrita, mas de todas as funções psíquicas superiores (item V do roteiro acima).

A expressão livre da criança, registrada no desenho e na linguagem oral, apresenta riqueza de ideias superior a qualquer iniciação formal precoce da leitura e da escrita (como cartilhas e exercícios psicomotores), devendo a educação infantil organizar seu currículo em função do objetivo principal de ampliar, com diversidade de vivências, a linguagem e o pensamento da criança.

---

### ***Referências bibliográficas***

BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MARINHO, H. “Da linguagem na formação do Eu”. In: PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTER-AMERICANA DE HIGIENE MENTAL. Rio de Janeiro, 1935. (Comunicação oral).

SMOLKA, A. L.; GÓES, M. C. R.; PINO, A. The constitution of the subject: a persistent question. In: WERTSCH, J.V.; DEL RIO, P.; ALVAREZ, A. (Org.). *Sociocultural studies of mind*. New York: Cambridge University Press, 1995. p. 165-184.

VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

WERNER JR., J. **Saúde & educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2001. (Educação em diálogo, 5).

\_\_\_\_\_. Análise microgenética: contribuição dos trabalhos de Vigotski para o diagnóstico em psiquiatria infantil / Mikrogenetische analyse: Vigotski Beitrag zur Diagnosefindung auf dem Gebiet der Kinderpsychiatrie. Int. J. *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. Heidelberg, v. 11, nº.2, p.157-171, 1999.

## ***As crianças e o futuro do brincar***

*Marilena Flores*

---

Em nossa sociedade, as mudanças culturais intensas e rápidas geram impacto nos padrões de comportamento das famílias (que se apresentam em diferentes formatos e tamanhos em relação às gerações anteriores): as crianças, muitas vezes, não têm irmãos ou amigos com quem brincar e as mulheres estão muito preocupadas com a sua carreira profissional, ficando um tempo menor com os filhos. Os pais, por sua vez, passam longas horas no trabalho, e as escolas, mesmo as voltadas para a educação infantil, estão focadas na aquisição do conhecimento por meio de atividades excessivamente estruturadas, em detrimento do livre brincar.

Neste contexto, o brincar das crianças assume uma importância ainda maior, uma vez que se constitui na grande oportunidade para que elas desenvolvam sua criatividade, lidem com as emoções e desenvolvam habilidades sociais, psicomotoras e cognitivas. Assim, brincar, principalmente em espaços externos e com outras crianças, torna-se a alternativa para contrabalançar o grande tempo que as crianças gastam diante da telinha (seja da TV ou do computador).

O enriquecimento do ambiente inclui o fortalecimento de vínculos afetivos e sociais - principalmente na faixa etária de 0 a 6 anos - e acelera o processo de desenvolvimento da criança. Com relação às condições ambientais, tornam-se significativas algumas variáveis que, se ausentes, podem prejudicar o desenvolvimento infantil, como a presença de estimulação humana, o tipo de vínculos afetivos existentes e a atmosfera emocional adequada. A falta de estimulação humana (o que revela pouco contato com a criança) limita a comunicação verbal, afetando o desenvolvimento da linguagem - fator importante para o aprendizado e para a aquisição de competências sociais, incluindo o controle dos impulsos.

Alguns fatores estimulam positivamente o desenvolvimento das crianças pequenas: a interação mãe-criança e a convivência propiciada por ambientes inclusivos e lúdicos. Além disso, o apoio e a orientação à família, valendo-se de situações do cotidiano como instrumentos de estimulação, contribuem decisivamente para o pleno crescimento do potencial de cada criança. Sensibilizar e informar a comunidade próxima - fomentando a sua participação -, bem como a rede de serviços públicos e particulares, pode oferecer melhores condições para o desenvol-

vimento infantil.

Brincar estimula a criatividade e permite a descoberta do significado na vida de cada um. Assim, aumenta a capacidade da criança de atuar em grupo, sua competência para lidar com desafios e frustrações e o desenvolvimento do humor - alicerces importantes da autoestima, e que certamente favorecerão o surgimento de indivíduos mais resilientes e equilibrados.

No que se refere às crianças maiores, o acesso ao lazer e à cultura complementa a ação educativa desenvolvida na escola formal, sendo o brincar a sua maior expressão, pois reúne as condições necessárias para que o seu desenvolvimento se processe de maneira efetiva e harmoniosa. A oferta permanente de desafios e contatos, proporcionados pela atividade lúdica, desenvolve a inteligência e facilita a formação de vínculos positivos com os adultos, influenciando a sua vida futura.

Os espaços qualificados para brincar, no entanto, estão cada vez mais escassos, embora a existência deles seja de fundamental importância para que essa ação aconteça. Está comprovado que brincar em espaços internos e externos, com tempo, liberdade e na companhia de outras crianças, oferece estímulos constantes e variados, desenvolvendo a coordenação motora, a imaginação, a inteligência e a criatividade, e colabora para a socialização da criança, que troca experiências, cria vínculos com outras crianças e com adultos, aprendendo a ser solidária e a respeitar as diferenças.

A despeito de todos os aspectos positivos, as atividades lúdicas não têm sido devidamente reconhecidas e valorizadas pelos adultos que, muitas vezes, desqualificam a sua importância ou demonstram preocupação excessiva com as crianças, evitando que elas enfrentem desafios, tão importantes para a construção da sua autoconfiança.

A inadequação ou a inexistência de políticas públicas, voltadas para garantir o direito de brincar, reflete-se na pouca valorização das atividades lúdicas, principalmente nas escolas, e na escassez dos espaços públicos destinados ao lazer e ao convívio multigeracional. Um efeito perverso desse paradigma cultural é a diminuição de oportunidades para o desenvolvimento infantil saudável além de, em alguns grupos, prestar-se como justificativa para o trabalho infantil. O baixo entendimento sobre o brincar, por parte de pais, profissionais, gestores públicos e legisladores pode ser a principal razão para a violação desse direito humano.

Para assegurar o acesso qualificado ao direito de brincar, os espaços devem ser adequa-

dos em termos de instalações e equipamentos, necessitam disponibilizar diferentes materiais, brinquedos e jogos e contar com agentes qualificados para atuar como mediadores. Neles, o importante é que as crianças sintam-se livres para fazer suas escolhas e brinquem de forma espontânea.

Diante deste quadro, qual será o papel do brincar no futuro das crianças e como proporcionar-lhes maiores e melhores oportunidades de exercer esse direito?

É preciso salientar que o direito de brincar é um direito da criança, assegurado tanto na legislação internacional quanto na legislação brasileira. Na Convenção dos Direitos da Criança - ONU está explicitado no Artigo 31 que preconiza:

*1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança ao descanso e ao lazer, a participar de brincadeiras e atividades de recreação, apropriadas à idade da criança e a participar livremente da vida cultural e das artes.*

*2. Os Estados Partes deverão respeitar e promover o direito da criança de participar integralmente de uma vida cultural e artística e deverão estimular a implantação e a implementação de recursos e oportunidades apropriadas e iguais, para as atividades culturais, artísticas, lúdicas, recreativas e de lazer.*

Na legislação brasileira ele integra os artigos 4º e 16 do Estatuto da Criança e do Adolescente, além do Artigo 227 da Constituição Federal do Brasil. Não se trata, pois, de promulgar nova lei, mas, sim, de regulamentar as já existentes, adequando os programas de política pública para que favoreçam a sua implementação. O direito de brincar é um tema transversal, perpassando diferentes políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da criança e do adolescente (educação, esportes, habitação, meio ambiente, lazer, saúde e cultura) e, por esse motivo, seus agentes precisam trabalhar no sentido de apresentar indicadores, tanto de resultados quanto de impacto, de modo a justificar os investimentos necessários, tanto por parte dos gestores públicos quanto dos financiadores privados. Desenvolver pesquisas e cursos sobre o tema e seus múltiplos aspectos, para diferentes atores, pode contribuir para que o brincar seja, cada vez mais, valorizado em nossa sociedade e considerado uma experiência de democracia.

É preciso destacar a importância do envolvimento massivo no processo de educação para todos os públicos, visando melhorar o entendimento sobre o tema. Promover a capacitação de pais, profissionais e jovens, para que utilizem as atividades lúdicas como instrumento privile-

giado para a formação de vínculos, demonstra não somente respeito à cultura da criança, mas também reconhece o seu direito de ter acesso às atividades lúdicas e culturais.

A escola tem sido apontada, em diversas pesquisas, como um local privilegiado para que o brincar aconteça, sendo, portanto, considerado avançado o programa pedagógico com base nas atividades lúdicas, principalmente quando se trata de crianças pequenas.

Os pais, por sua vez, são importantes aliados na promoção das oportunidades para brincar. Se, de um lado, a excessiva preocupação com a segurança das crianças pode tornar-se um impeditivo para o livre brincar, de outro, há os pais que apoiam a autonomia dos seus filhos, estimulam as brincadeiras ao ar livre, sendo esse apoio muito importante para que o brincar aconteça, principalmente nos espaços externos. Pesquisas demonstram que a participação de pais e mães nas atividades culturais e lúdicas aumenta o interesse das crianças pela leitura. Mães, mesmo com baixo nível de escolaridade, devem ser orientadas para contar histórias a seus filhos, estabelecendo uma relação de afeto e confiança, pois as crianças se interessam pela leitura quando os pais as estimulam. As músicas e as cantigas, principalmente aquelas ritmadas, criam interação com a linguagem, sendo o prazer de cantar igualmente transferido para a literatura.

Em uma sociedade inclusiva, crianças e adultos com deficiência beneficiam-se das atividades lúdicas e da utilização de brinquedos, que os ajuda a desenvolver novas habilidades e a aprender padrões de comportamento, sendo um importante aspecto da sua vida diária, de afirmação e de interação com outras pessoas. Mais do que uma necessidade humana básica, brincar é um direito humano básico.

A participação das crianças, assegurada no Artigo 12 da Convenção dos Direitos da Criança, deve ser estimulada, tanto no que se refere ao planejamento dos espaços a elas destinados quanto ao seu uso. Crianças são protagonistas e organizam a sua cidade, demonstrando conhecer as operações necessárias para uma vida em comunidade. Estabelecem regras e deveres quando são estimuladas a fazê-lo. Elas são os recursos mais preciosos e os adultos deveriam consultá-las para criar espaços para brincar, explorar e criar magia. Se as crianças participarem ativamente das ações em sua comunidade, crescerão com o sentimento de que estão aptas a participar do mundo adulto. Para aprender democracia é preciso vivenciá-la!

## ***A importância da formação dos profissionais da Primeira Infância***

*Regina Orth de Aragão*

---

Como sabemos tão bem que a constituição do psiquismo humano passa necessariamente pelo outro, através do que está em jogo nas relações iniciais que se estabelecem entre o bebê e os seus cuidadores principais, coloca-se como uma necessidade ética para os psicanalistas que se propõem lidar com os desafios da transmissão para além dos limites da clínica, refletir sobre essas relações do ponto de vista do profissional que se encarrega dos cuidados de um bebê, seja no meio hospitalar, seja nas creches ou nos abrigos

Precisamos então enfatizar mais e mais a importância dessa relação profissional, e consequentemente nos dispormos a compreender os percalços, as características, os desafios e as dificuldades que se apresentam para os educadores e outros cuidadores de bebês no desempenho de suas funções. Esse conhecimento pode permitir oferecer dentro do contexto das instituições os meios para que os profissionais elaborem suas vivências psíquicas, muitas vezes intensas e contraditórias, para lidar com os efeitos dessa tão grande proximidade psíquica com o bebê, buscando ajudá-los a exercer suas funções da melhor maneira.

Em primeiro lugar, trata-se de levar em conta a especificidade dessa relação, que envolve ao mesmo tempo um contato e um conhecimento íntimo do bebê, mas que guarda em sua essência um caráter profissional, distinto por sua natureza da relação parental com o bebê. Foi Myriam David quem contribuiu de maneira decisiva para a diferenciação entre os cuidados parentais e os cuidados profissionais. Segundo ela, a relação parental é em essência uma relação passional, os pais cuidam de seu bebê porque o amam, porque estão ligados a ele por laços de filiação. Na relação profissional, o cuidado vem em primeiro lugar, ele pré-existe necessariamente à relação, pois ele coloca em presença uma criança e um adulto que não têm nenhuma história em comum. A história dos dois vai se construir a partir das interações entre ambos, no seio da instituição na qual se encontram, sendo também profundamente marcada pelas relações que se estabelecem entre o profissional e os pais e outros familiares do bebê. É através do cuidado, portanto, que a relação se constrói. Podemos dizer que se trata de uma relação fundada sobre a interação entre a criança e o profissional.

Além disso, trata-se de uma relação com “data marcada” para terminar, ela não durará para sempre, mas somente o tempo do atendimento profissional ao bebê e à família. Trata-se então, para o cuidador, de “investir para perder”, se podemos dizer assim. O que implica, em termos de economia psíquica, em aceitar mobilizar uma quantidade considerável de energia para uma relação fadada ao término. Sabemos, por exemplo, como muitas vezes é difícil para os pais de bebês em situação de risco vital, investirem em sua criança e criarem com ela um laço que poderá não ter continuidade. Todas as proporções guardadas, mecanismos defensivos dessa mesma natureza podem também operar com os profissionais convidados a um investimento que não terá continuidade.

Por outro lado, todo adulto em contato próximo com um bebê é solicitado a identificar-se com ele, até para poder melhor entendê-lo e assim oferecer-lhe os cuidados mais adequados. Identificação necessária, mas que traz em si o risco de um apelo regressivo, muitas vezes ameaçador para o adulto, passível de ser tocado pelo bebê em suas partes mais arcaicas, mais profundamente recalcadas. Trata-se de dar conta de um desafio, de um paradoxo, que envolve ao mesmo tempo estar o mais próximo possível do bebê, mas guardar ao mesmo tempo o modo de funcionamento psíquico já submetido aos processos secundários, que permite acolher e estabilizar os movimentos emocionais intensos e por vezes transbordantes com os quais as crianças pequenas têm de se haver nesse período inicial da vida, durante o qual as funções do Eu estão ainda em construção.

E se hoje já podemos admitir um pouco mais facilmente a ambivalência inevitável da mãe em relação à sua criança, ainda é difícil reconhecer e lidar com a ambivalência do profissional, que se vê tendo como imperativo de sua posição subjetiva a obrigação de amar incondicionalmente o bebê de quem cuida, numa idealização dessa função profissional. Pensamos que parte dessa idealização se enraíza na fantasia que Freud cunhou como a do “romance familiar. O “romance” que imaginávamos, quando crianças, em relação a pais imaginários que, diferentemente de nossos pais reais, seriam perfeitos e maravilhosos. Temos em nós o registro inconsciente desse modelo de pais ideais que gostaríamos de ter tido, e esse modelo ideal reativa-se em nós quando, adultos, encontramos-nos na posição parental real ou substitutiva junto às crianças. Assim o bom de estar com a criança é poder ser como esse pai ou essa mãe que nós sonhamos ter quando crianças. Não um pai ou mães reais, porque esses tem defeitos, e nunca realizam todos os desejos das crianças, mas sim um pai ou uma mãe construídos por nosso imaginário, perfeitos. Essa fantasia do “romance familiar” está ligada às determinações inconscientes da dimensão idealizada da relação educativa e de cuidado. Tais jogos de idealização, além da dimensão de apropriação em relação à criança, explicam muitas vezes os conflitos entre os pais

e os profissionais, uns e outros não suportando nenhuma falha que venha a abalar a imagem idealizada que eles possam ter de si mesmos, seja como pais, seja como profissionais.

Muitos dos movimentos defensivos e às vezes francamente depressivos de parte dos cuidadores relacionam-se ao conflito provocado pela ambivalência experimentada no trato com a criança, inaceitável do ponto de vista do ideal sustentado por essa fantasia de ser o melhor possível para esse bebê, com o qual o profissional está também, é importante lembrar, identificado.

Para o profissional, coloca-se a questão de como perceber com justeza a complexidade das interações nas quais eles próprios se encontram profundamente envolvidos. Como não se perder, ao mesmo tempo em que dão de si próprios, sobretudo quando é preciso estar presente junto de vários bebês ao mesmo tempo? Como, no momento em que se está tão fortemente tocado e remetido aos percalços de sua própria individuação, discernir entre os sinais do bebê aqueles que demandam uma disponibilidade imediata, uma presença próxima, daqueles outros que indicam, ao contrário, a capacidade do bebê para estar só?

Assim, fica claro que o aspecto mais importante na organização das instituições se ocupando de bebês é o que diz respeito à formação e ao acompanhamento dos profissionais. É sem dúvida essencial criar e preservar um espaço de escuta e supervisão para os cuidadores responsáveis pelos bebês, porém infelizmente sabemos que se trata de um dispositivo muito raramente encontrado nessas instituições. A relação cotidiana, intensa, próxima com o bebê produz efeitos, inevitáveis e necessários, de identificação regressiva. Para acolher o que traz um bebê, no senso pleno, é preciso ao cuidador sintonizar com esse numa modalidade muito particular de funcionamento psíquico, semelhante ao que Winnicott descreve como preocupação materna primária, e que Bernard Golse nomeia como “função continente suficientemente boa”. O bebê, de um modo ou de outro, conta algo de sua história relacional e interativa precoce ao adulto com o qual ele se encontra. Ele o faz através de seu corpo, de sua sensório-motricidade, de sua mímica, de seu olhar, de seu comportamento de abertura ou de evitamento do contato com o outro. É fundamental então prever nas modalidades de formação dos profissionais da primeira infância o lugar da observação do bebê, observação que deve assumir a forma de observação compartilhada entre um observador treinado e o cuidador, que exerce também uma função de observação. A troca resultante dessa modalidade de observação pode contribuir de maneira marcante para a melhora do atendimento aos bebês, através da sensibilização dos cuidadores, do desenvolvimento profissional da equipe e da atenção psíquica recebida pelos bebês.

A função do analista na instituição pode ser descrita como aquela que oferece, no con-

texto dos dispositivos de formação e de supervisão, um pensar, e não uma interpretação. Um “pensar com”, uma escuta assim definida, pensar com o cuidador, com a equipe, sobre aquilo que afeta cada um dos envolvidos nessa aventura de um contato tão próximo com um ser em constituição, e, é claro, sobre aquilo que afeta o bebê ele próprio e que ele nos comunica, por seu corpo, seu ritmo, seu brincar, até que o advento da linguagem verbal abra novos canais de comunicação entre ele e os outros.

---

### ***Bibliografia***

DAVID, Myriam “Soins maternels, soins professionnels” , in Prendre soin d’un jeune enfant, Appell, G. e Tardos, A., org. Ramonville Saint-Agne, Ed. Érès, 1998.

WINNICOTT, D. (1947) La haine dans le contretransfert , in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.

FREUD, S. (1909 [1908]) “Romances familiares”,in Ed.Standard, vol. IX, pg.. 243-247, Imago Ed. Rio de Janeiro, 1969.

## *Defesa do desamor por parte da educadora*

*Victor Guerra*

---

O que uma cuidadora recebe quando um bebê chega à creche? À maneira de S. Fraiberg, poderíamos dizer que ela não só deve abrir espaço a um ser de quem cuidará e a quem educará, mas também que recebe, hospeda e é habitada por uma série de fantasmas que rondam o universo infantil.

Um bebê numa creche não representa apenas o começo de uma vida, mas também é sempre o ponto de encontro, de interseção (às vezes com certo grau de violência) de um conjunto de fantasias, desejos e expectativas que o acompanham. Os fantasmas e as expectativas da mãe se encontram (ou colidem) com os fantasmas e as expectativas da professora e da instituição.

Trata-se de uma forma peculiar de encontro, que nos abre os olhos sobre a complexidade da constituição subjetiva e do entrecruzamento necessário de histórias, atos, olhares e gestos que vão constituir o fio com que se forma o tecido dos laços humanos.

A questão é: será que é possível cuidar de um bebê sem passar por diferentes fases e estados de espírito? Creio que não. A tarefa de cuidar do bebê exige do adulto uma disposição muito especial na comunicação, mediada pela empatia e pela aplicação de sistemas comunicativos primários e não verbais. Isso implica mergulharmos em climas afetivos remotos, que desenhavam, pintam cenários que nos tornaram quem somos e permaneceram sepultados no silêncio de tempos imemoriais.

### *O bebê metereologista e os climas emocionais*

O bebê já foi definido segundo múltiplas perspectivas. B. Golse retrata-o como historiador, poeta, filósofo, entre outros. Não sei se o bebê é tudo isso, o que realmente sei é que o bebê é uma das mais belas e terríveis telas de projeção da experiência afetiva humana. Nesse sentido quero contribuir e brincar com a ideia de que o bebê também pode ser, precisa ser um bom “meteorologista”. Um especialista em clima, mas **no clima afetivo marcado pelo desejo de quem dele cuida**. É que o bebê está exposto a diferentes tempestades emocionais, precisa lutar

com seus próprios impulsos e suas próprias angústias e depende absolutamente dos avatares de quem o toma como objeto de cuidado.

Mas é possível cuidar de um bebê sem recorrer à sua própria experiência como bebê? Sabemos que não. De alguma forma, o cuidado do bebê é sempre parte de um diálogo imaginário: diálogo entre o bebê que temos nos braços e o bebê que um dia fomos ou cremos ter sido.

Ao dizer isso nos referimos aos conjuntos de experiências arcaicas que nos tornaram quem somos e que não perderam a validade, mas se reatualizam permanentemente. **Experiências arcaicas que condensam paisagens interativas, envoltas em diferentes climas emocionais.**

É no invólucro desta trama que entram em cena a função e a ação específicas da educadora.

Neste artigo pretendo descrever alguns aspectos das angústias (tormentas emocionais) a que está exposta uma educadora quando cuida de um bebê<sup>1</sup>.

Mas antes de entrar no âmago da questão, gostaria de dedicar algumas linhas à função do jardim de infância no tocante ao bebê e a seus pais. Anos atrás, escrevemos que a **função da creche era acompanhar o desenvolvimento do bebê e da parentalidade**<sup>2</sup>. Hoje eu expandiria o conceito com a ideia de um **espaço para a subjetivação**, para a construção de novas subjetivações, algo que abrange tanto o bebê quanto a família.

Se pensarmos na experiência emocional do bebê no que tange aos espaços intersubjetivos, poderíamos dizer que uma criança que passa diariamente na creche uma média elevada de horas divide o tempo de sua vida dentro de dois espaços: o lar e a creche. Espaços marcados por diferentes climas emocionais.

Gostaria de continuar a abordar a ideia do bebê e sua capacidade de perceber mudanças nas “atmosferas emocionais” que o rodeiam. Creio que o bebê, ao confrontar-se com as diferentes emoções, se sente da mesma maneira que nós, adultos, diante de alterações climáticas. Podemos tomar certas precauções em relação à temperatura ambiente, mas ainda assim estamos sujeitos a imprevistos: às vezes podemos ser surpreendidos por uma chuva ou um temporal inesperado ou nos alegramos com um dia ensolarado que nos enche de vida e esperança.

---

<sup>1</sup> Tomo por base a experiência de trabalho de dezoito anos no Jardim de Infância “Maternalito”, dirigido por Sara Lopez.

<sup>2</sup> “Comenzando los vínculos: los bebés, sus Papás y el Jardín Maternal”. A. Cardozo, V. Guerra, S. Lopez. Ed. Roca Viva.1994.

Podemos sofrer com as alterações climáticas ou apreciá-las, mas não podemos controlá-las. Acho que isso pode ser uma imagem válida para metaforizar o que pode provocar no bebê a experiência das emoções que irrompem em seu ser em formação. Como às vezes é precária a distinção entre o interior e o exterior, a tensão emocional potencialmente vivenciada por uma professora angustiada ou distante do bebê cruza a fronteira do corpo dela e acaba sendo recebida por ele, que a sente como a sua própria, na forma de um vento que abre as “janelas” de seu corpo e se apropria de seu espaço modificando o clima espacial e a paisagem interior.

É por isso que é de suma importância não só o cuidado pessoal empático prestado pela professora desse bebê em particular, mas também cumpre ter em mente que **toda a instituição é em si mesma um produtor ativo dos climas emocionais que envolvem o bebê**. Assim haveria um aparato psíquico grupal/institucional que funciona como continente e pele que envolvem as emoções primárias que se descortinam no cenário das paisagens relacionais.

Eu poderia dizer, em síntese, que o supracitado **continente grupal** se caracterizaria por alguns aspectos: 1) uma representação comum em relação aos cuidados do bebê e à recepção da família e suas ansiedades<sup>3</sup>, 2) as modalidades de comunicação estabelecidas do mundo adulto com o bebê, 3) a permeabilidade-maleabilidade entre os movimentos progressivos-regressivos do bebê, 4) certa forma de coerência quanto às características da intensidade e das modalidades rítmicas das interações afetivas.

Também é de especial importância reconhecer o potencial do bebê de captar, com particular sensibilidade, os **níveis de intensidade afetiva** que acompanham as interações com o outro adulto. D. Stern em diferentes trabalhos metaforiza a relação mãe-bebê como uma dança ou como a execução de uma sinfonia tocada por diferentes instrumentos, destacando que há uma sensibilidade especial em ambos os intérpretes para captar as afinidades com que se executa a “melodia interativa”.

Tudo isso que venho assinalando configura o que pode ser a versão “ideal” que todos precisamos construir da relação mãe-bebê. No entanto, sabemos que nem sempre a mãe do artigo ou do livro coincide com a mãe leitora nem com a professora sobrecarregada por ter que cuidar de um grupo de bebês. Tanto uma como a outra afinam e desafinam como podem e reescrevem suas partituras com o lápis invisível de seus desejos e conflitos. Trata-se de uma escrita trêmula, que por momentos sai das linhas e olha com distanciamento as palavras brilhantes e por vezes

---

<sup>3</sup> *E valendo-nos das contribuições de J. Vammos incluiríamos a confiabilidade na atividade espontânea do bebê e o seu potencial de construir por si mesmo uma experiência psíquica.*

arrogantes dos livros de consulta especializada.

### ***Angústias da professora***

Voltando então à professora e sua tarefa, creio que quando ela lança mão de sua sensibilidade, consegue registrar intuitivamente essa capacidade do bebê e muitas vezes encara certas manifestações de desprazer como uma angústia que a repreende. Basta experimentar como pode ser difícil “sobreviver” à experiência de um bebê que acaba de chegar à creche e é tomado por uma intensa angústia de separação. Surgem frases tanto de ternura quanto de irritabilidade: “*Este choro de bebê está perfurando meus ouvidos...*”, “*Não sei mais o que fazer, ele não para de chorar.*”, “*Não sei o que está havendo...*”, “*Ele não quer nada comigo...*”.

E o mesmo pode acontecer na relação com a mãe, sobretudo quando esta última se mostra desconfiada e distante.

Assim como o bebê e sua mãe, a professora encontra-se exposta a diferentes turbilhões de emoções.

Creio que poderíamos englobar as angústias da professora em três eixos que se inter-relacionam:

- 1) **com relação ao bebê** por via de uma identificação regressiva, ela mesma revivencia as agonias primitivas, as angústia de separação e parte do naufrágio do “eu” diante das tormentas pulsionais;
- 2) **com relação à mãe** pode reexperimentar angústias ligadas à inveja das potencialidades maternas, ao ciúme e à exclusão edípica;
- 3) **na construção do clima institucional** que implica certo grau de perda de sua individualidade.

Para lidar com essas angústias tenho observado que elas podem recorrer, ou melhor, ser conduzidas a empregar diferentes mecanismos de defesa<sup>4</sup>:

- 1) **Evitação do contato emocional;**
- 2) **Funcionamento operatório** (“depósito” no grupo);

---

<sup>4</sup> *Em alguns desses pontos tomei como inspiração o trabalho de S. Fraiberg (1981) “Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance”.*

3) Frieza e atonia afetiva;

4) **Rejeição e projeção negativa**, identificando o bebê como uma parte repudiada de si mesma ou da mãe e, muito ligada a esse último ponto, a representação do bebê como “manhoso”, dominador tirânico do adulto. Sob a alegação de que “o bebê tem manha”, encontramos às vezes a ideia de que a mãe cria mal o bebê, que ela ficaria com a melhor parte do bebê, já que, por exemplo, no fim de semana ela o satisfaz desmedidamente e é a professora que deve arcar com as consequências, obrigada a tolerar os caprichos e as exigências de um bebê visto como excessivamente cheio de vontades;

5) **Fragmentação rumo ao progressivo** (não tolera o cuidado do “regressivo” e do contato com o “informe” de Winnicott. Nessa fragmentação observa-se uma especial valorização dos sinais que marquem a autonomia do bebê e o avanço nas capacidades motoras e cognitivas, sinais claros de autonomia e prescindência do contato;

6) **A apropriação do bebê como parte ideal de si mesma e a rivalidade direta ou indireta com a mãe.**

### *A separação e o desamor*

Dessa série de possíveis reações da professora em relação ao bebê e sua mãe, quero salientar que de uma forma ou de outra todas implicam o risco de uma investidura negativa do pequeno. Risco, no entanto, inevitável, já que fazem parte do trânsito necessário do cuidado psíquico de um bebê e sua família.

Winnicott afirmava que não há bebê sem mãe e dizemos que assim como não há mãe sem bebê, **não pode haver por parte de uma professora amor por um bebê sem a possibilidade de vivenciar e integrar o desamor.**

Podemos entender o “desamor” como uma forma de desapego, própria da perda do objeto. O prefixo **des** insere um aspecto negativo, mas como vem seguido da palavra amor é diferente do repúdio ou do ódio. Na dialética pulsional, o des amor diz respeito à **interação do emaranhado pulsional**, já que o negativo vai junto do positivo, sendo duas faces da mesma moeda. E poderíamos pensar que o prefixo “des” pode funcionar como capa protetora que oculta o amor pulsante, temeroso de se expressar à flor da pele<sup>5</sup>.

É que a professora vive a alternância, dia após dia, de cuidar do bebê “como se fosse a mãe” até o momento da separação, quando ele retorna aos cuidados maternos e ela deve deixar sua

---

<sup>5</sup> E jogando com os significantes, poderia passar a ser em vez de um DESAMOR, um AMORDES-medido.

função em suspenso. Às vezes é com alívio, outras vezes é com certo pesar. Por isso é fundamental trabalhar institucionalmente para cuidar da professora e lidar com os momentos de separação e de encontro com a mãe.

É um momento de união e separação, de encontro e desencontro, de abertura, no qual se narra, ainda que brevemente, algo dos acontecimentos. É também o momento de encerramento de um vínculo. É a restituição de lugares simbólicos, onde um dos polos necessariamente deve ficar vazio. Em minha experiência, trata-se de um dos momentos mais sensíveis do dia tanto para a professora como para a mãe. Entre os múltiplos motivos que o condicionam, gostaria aqui de refletir brevemente nisto à luz da dicotomia presença-ausência e do vazio.

Supomos que a mãe, na ausência de contato com seu bebê, fica habitada por seus desejos e suas representações sobre o destino do cuidado do filho. Ao reencontrar-se com ele ao fim do dia, o vazio da ausência transforma-se (no melhor dos casos) em presença prazerosa. É a hora da transmissão, por parte da professora, do “dia” do bebê e é um momento-chave em que a mãe precisa se sentir liberada da culpa gerada pela falta de contato com seu pequenino. É por isso que muitas vezes ela mesma se torna controladora, exigente e desconfiada dos cuidados dispensados a seu filho. Deposita na professora suas dúvidas, seus temores e suas rejeições. E este momento conflituoso pode afetar a educadora, que no momento da separação aspira a um mínimo de reconhecimento de sua devoção. Caso se sinta tratada com “desamor”, desinvestida, já antevê o luto futuro, quando o infante irá embora e não a reconhecerá. Um fantasma que se expressa às vezes com a frase: “E pensar que cuidei, aguentei tanta coisa e ele nem vai se lembrar de mim?”

**Por isso é imprescindível que a professora mantenha no espaço mental da relação com o bebê uma margem de desamor, de certo grau de distância que sirva de barragem tanto para seu desejo de apropriação quanto de recurso interno para amortecer e antecipar o luto que ocorrerá no futuro: o vazio da ausência do bebê quando ele deixar o setor materno para integrar outro grupo ou outra instituição.**

As funções maternas, quer exercidas pela mãe quer pela professora, são sempre receptáculo dos ideais narcisistas que todo bebê desperta. É, entre outras coisas, um recurso do psiquismo diante da violência que implica cuidar de um infante. Também faz parte de um risco, o risco das idealizações e da rigidez conceitual que se ampara na desculpa: “O bebê deve receber o que há de melhor, os melhores estímulos, pois é um dos períodos mais importantes da vida”.

Essa ideia de proporcionar ao bebê “o que há de melhor”, embora encerre uma espécie de ilusão de completude, deve dar lugar à ideia de um “cuidado suficientemente bom” ou imperfeito, que tolere as falhas, terreno de ação do ideal do “eu” e não do “eu” ideal narcisista e indiferenciado.

Os aspectos de um **ideal mais realista do que narcisista** podem ser articulados também com o **par amor-desamor** e com uma postura que, longe de “classificar”, nos permita pensar de outra forma a evolução paradoxal das paisagens interativas e seus diferentes climas emocionais.

É por isso que certas atitudes provenientes da experiência do “desamor” não devem ser interpretadas como “sinal de falha ou patologia” da educadora, conforme eu achava alguns anos atrás.

Talvez agora seja possível entender por que este artigo assumiu a forma de uma defesa do desamor por parte da cuidadora.

*Tradução de Jales Rocha e Larissa Vidal Gomes*

*Serviço de Tradução e Interpretação do Senado Federal (SETRIN/SIDOC)*

*Revisão técnica de Regina Orth de Aragão*

## ***É a creche o melhor lugar para as crianças de até três anos?***

*Vital Didonet*

---

O tema está na tona dos debates no mundo, em especial, em nosso país. De um lado, o discurso da defesa da família, da responsabilização dos pais, da importância do vínculo mãe-bebê, dos pais-e-filhos. De outro, o discurso em favor da interação da criança desde os primeiros anos de vida com outras crianças, com a intermediação de profissionais, num ambiente rico e diversificado de experiências.

O primeiro argumento é uma reação à progressiva omissão ou à desculpa de falta de tempo dos pais para se ocuparem de seus filhos pequenos. Sabendo da importância da família na formação da personalidade da criança, quer que ela seja cuidada e educada no ambiente familiar até 2 ou 3 anos de idade e que se o Estado tem alguma obrigação com o cuidado e educação dessa criança, deverá fazê-lo por meio de ações de apoio à família. Com frequência recorre ao custo da creche e insiste na inviabilidade financeira de atender a todas as crianças nesses estabelecimentos. O segundo argumento traz estudos que demonstram os efeitos da convivência interpares e com profissionais qualificados. É frequente o confronto de opiniões políticas e técnicas. Os pais não ficam imunes a esse debate, embora grande parte deles não tenha possibilidade de fazer a escolha.

Vamos tomar dois casos opostos para analisar esse dilema, ambos com origem externa, embora tenham repercutido aqui no Brasil, para demonstrar que a questão não é de um país ou outro, mas da sociedade em geral. O primeiro caso está fundamentado nas ideias propagadas pelo escritor australiano - Steve Biddulph. Seus livros, traduzidos em 29 línguas, ultrapassam 4 milhões de exemplares. Há dois anos, ele deu uma breve entrevista aqui no Brasil (Revista Época, Edição nº 497, de 12/11/2007), para promover um novo lançamento e reforçar sua tese de que a criança pequena tem que ficar sob o cuidado e educação dos pais. O outro caso é retirado de um artigo no The Wall Street Journal, de 22 de agosto de 2008, que visava contrapor-se à proposta do então candidato Barack Obama, de universalizar a educação infantil.

**Análise as duas citações e faça um comentário sobre a perspectiva brasileira.**

1. Steve Biddulph é psicólogo e terapeuta familiar e se dedica a orientar pais sobre como cuidar e educar seus filhos. Em *More Secrets of Happy Children*, questiona os pais sobre sua decisão de colocar seus bebês em uma creche. Está traduzido para o português com o título de *O segredo das crianças felizes*. Também em língua portuguesa, temos o livro *Criando Meninos*, exposto com destaque em prateleiras de livrarias por todo o país. Muita gente comprando os livros, procurando seguir suas orientações ou se angustiando por não poder seguir o que o autor recomenda enfaticamente.

O que Steve Biddulph defende em *O segredo das crianças felizes* é a necessidade de maior interação pais-bebê, a criação, o aprofundamento e a manutenção dos vínculos afetivos. Dado que ele atua como terapeuta familiar, é coerente que insista sobre esse ponto. Colocar a criança pequena em creche é, para muitos pais, um desincargo, uma libertação das exigências de atenção, apoio, presença e interação com seus filhos pequenos. Mas provavelmente a maioria se aparta de seus filhos pequenos não por esse motivo e sim porque trabalha o dia inteiro e não pode dar a atenção que seus filhos precisam. Existe, também, uma porção de pais – talvez o número de mulheres seja maior do que de homens – que se sente traído do desejo mais profundo de estar com os seus bebês, com seus filhos quando aprendem as primeiras palavras, dão os primeiros passos, formam as primeiras amizades.

A pergunta, então, não é: “*A família ou a creche?*”. Mas: “*Sozinho em casa, sob o cuidado de irmãozinhos, entregue a uma vizinha para que cuide do bebê ou uma instituição especializada de cuidado e educação em primeira infância?*” Pergunta mal posta gera falsa resposta.

2. Barack Obama usou o argumento do alto retorno econômico do investimento da faixa pré-escolar e prometeu, durante a campanha da eleição, injetar 10 bilhões de dólares no programa denominado “Zero-a-Cinco”. Os articulistas do *Jornal* contra-argumentam que o retorno não é tão alto – e citam o Prêmio Nobel de economia, James Heckman, que é o nome mais citado no mundo quando se trata de investimento em educação. Segundo Heckman, dizem os autores do artigo, o retorno é bem menor do que os valores indicados em algumas pesquisas e que os efeitos constatados se aplicam a populações pobres, marginalizadas, de baixa expectativa social e grande probabilidade de cair na marginalidade. Levantam a hipótese de que esse efeito não seria tão significativo na população de classe média e alta. Afirmam que pesquisas indicam aumento de ansiedade e agressividade entre as crianças provenientes de pré-escolas em comparação com as que não a frequentaram.

O que os autores da reportagem defendem, da mesma forma que Biddulph, é a importância das relações familiares para a criança pequena. Nisso estão certos, a psicologia, a psicanálise, a sociologia são contundentes em afirmar essa realidade. Pena que eles fazem por meio de uma falsa contraposição entre as funções da família e a da creche. Estão, ainda, com a figura ultrapassada da creche assistencial, que assumia os cuidados físicos de bebês e crianças de até 6 ou 8 anos enquanto suas mães se ocupavam ao trabalho extradomiciliar. Tanto a creche mudou quanto mudou a família. Dessa forma, a forma como os argumentos estão postos oferece um engodo.

Cuidado e educação na família e cuidado e educação em instituições especializadas são duas coisas diferentes e complementares. A família é necessária para toda criança, a educação infantil nos três primeiros anos de idade é necessária para muitas delas e bastante importante e muito significativa para todas, desde que a instituição seja de boa qualidade. Como também é importante que a família seja um ambiente de paz, de convivência harmoniosa, em que haja diálogo e respeito e, sobretudo, amor. Quem conhece a pedagogia da infância, nas escolas infantis de Reggio Emilia tem uma demonstração prática de que a articulação das creches e pré-escolas com a família é a forma mais completa e benéfica de apoiar, incrementar e expandir o desenvolvimento integral das crianças desde seus primeiros anos de vida. Mas não é preciso ir tão longe, encontramos exemplos dessa pedagogia que complementa a educação familiar com a educação infantil por meio da troca de ideias e experiências, da participação em atividades de interesse comum, da aprendizagem interativa.

Um problema que vem afetando o desenvolvimento psicológico, social e cognitivo das crianças é que as relações intrafamiliares estão se tornando menos frequentes e, em muitos casos, mais frágeis ou conturbadas. A presença dos pais em casa, a atenção que dão aos filhos e o tempo que dedicam para brincar com eles ou assistir um desenho na TV vem se reduzindo drasticamente. Nas sociedades tecnologicamente mais avançadas, quando os pais não estão no trabalho, estão em clubes, reuniões, teatros ou cinema, barzinho ou, talvez, com mais regularidade, diante da TV, do Vídeo, do DVD. E seus filhos pequenos estão sozinhos, seus aparelhos eletrônicos no quarto (TV, videogame, tablet, iPod, iPad etc.), ou são colocados em “escolinhas” de línguas, balé, judô, natação, talvez mais para ocupar seu tempo do que para desenvolver habilidades... O curta-metragem de Liliana Sulzbach (2000), *A Invenção da Infância*, é uma prova visual desse fenômeno. Por que nos chama tanta atenção vemos um pai brincando com seu filho pequeno de forma amorosa e zelosa? Certamente porque é um fenômeno raro e porque é uma manifestação das necessárias relações intrafamiliares de cuidado e educação,

O artigo citado no início deste texto preconiza o que é óbvio: que crianças que têm pais amorosos e atenciosos podem ser muito melhores gastando mais tempo em casa do que longe deles nos anos de sua formação. O difícil é conciliar esse tempo de interação pais-filhos com as dez horas que os primeiros estão fora de casa durante cinco dias por semana no trabalho. A extensão de dois meses da licença maternidade, aprovada pela Lei nº 11.770/2008, para fins exclusivos de amamentar o bebê até seis meses de idade, gerou controvérsias daqueles que temem que esse benefício para o bebê acabe prejudicando a mulher na sua carreira profissional, na garantia do seu emprego, na competitividade com aquelas que não tiram a licença... Há uma tensão entre as funções de cuidado e educação dos filhos nos seus primeiros anos de vida e as funções sociais e econômicas da família. Mas ela pode ser bastante abrandada se houver suficiente compreensão de quanto essa relação mãe-bebê na amamentação é importante para a formação e consolidação do vínculo afetivo e para a saúde física e mental da criança.

Para ter uma resposta adequada à questão “família ou creche?”, a pergunta que importa fazer é: os pais de classe média e alta estão realmente em casa, têm eles disposição para ficar durante o dia com seus filhos pequenos, em atividades que estimulem a curiosidade, que dão vazão à energia e atividade infantil? Têm eles conhecimento e disposição para oferecer a seus filhos os materiais que uma instituição especializada oferece, como tintas, papéis coloridos, massa de modelar, jogos...? Podem eles sentar meia hora por dia para ler contos e fábulas, cantar e dramatizar situações de vida em que as crianças possam expressar e “dominar” os sentimentos contraditórios que as assaltam quando a vida lhes joga na cara?

É importante sublinhar que os que se engajaram nos movimentos sociais, nas ações políticas e nos argumentos técnicos pelo reconhecimento do direito da criança à educação infantil desde o nascimento sempre defenderam a importância dos laços familiares, do vínculo mãe-bebê, família-bebê, da participação dos pais na creche. A associação das duas ideias está coerente com o princípio da LDB de que a educação infantil é complementar à ação da família. A lei e a pedagogia da infância não negam, portanto, o papel da família como primeira educadora, antes querem apoiá-la nesse papel, oferecendo a seus filhos um espaço de interações sociais ampliadas e de atividades diversificadas em linguagem, artes, pensamento lógico-matemático e experiências de interação criança-criança, criança-adulto. Seria um retrocesso voltar ao tempo do “o amor basta”. À luz do conhecimento sobre fatores de desenvolvimento infantil, sabe-se que o carinho e o cuidado são necessários, mas não suficientes, para um bom desenvolvimento nos anos iniciais da vida. De que teriam servido as pesquisas no campo da neurociência, da formação da inteligência, do desenvolvimento integral da criança, se continuássemos com as

antigas noções de que o amor basta?

Nos Estados Unidos, o debate foi acalentado por motivos políticos – confronto partidário -, mas também porque os que o alimentam desejam carrear mais recursos para idades posteriores do processo educacional, que vem mostrando falhas no rendimento escolar. No Brasil, esse discurso encontra muitos simpatizantes, sobretudo porque seu efeito seria o de liberar o poder público do dever, constitucional e legal, de garantir o atendimento em estabelecimentos de educação infantil a partir do nascimento (na prática, a partir do momento que termina o aleitamento materno). É bem mais econômico responsabilizar as famílias do cuidado de seus filhos até os três anos de idade do que construir, equipar e manter creches com profissionais formados para as crianças cujos pais necessitam ou desejam esse atendimento. Mais uma vez, o dilema é mal colocado. Tanto a família tem um papel insubstituível e intransferível junto a seus filhos, quanto o Estado tem uma função social na educação e cuidado para garantir a todas as crianças um ponto de partida justo e equânime no desenvolvimento humano. E isso o Estado pode fazer apoiando a família no seu papel de cuidadora e educadora e oferecendo a experiência pedagógica complementar em estabelecimentos de educação infantil.

O Movimento pela inclusão da creche no Fundeb foi uma contundente demonstração de que o Brasil não aceita esse retrocesso na concepção de educação infantil, porque ele reduziria o direito à educação e privaria a criança pequena de uma rica e diversificada experiência de aprendizagem e da interação com outras crianças que só na creche ela tem.

A estratégia para vencer essa ameaça contra a criança é reforçar a visão da complementaridade entre a educação inicial na família e a educação infantil em instituições específicas. Não qualquer educação, obviamente, mas aquela com profissionais especializados e espaços de interações sociais ampliadas, com atividades diversificadas, que alargam a visão do mundo para as crianças se tornarem cidadãos do mundo moderno.

## ***As diversas funções do jardim de infância na subjetivação da criança e no desenvolvimento da parentalidade***

*Victor Guerra*

---

Neste trabalho me proponho a transsmítir minha experiência de trabalho como Psicólogo, numa Instituição pré-escolar chamada “*Maternalito*” (dirigida pelas Assistentes Sociais A. Cardozo e S. Lopez) que funciona como creche e jardim de infância, para crianças de 45 dias a cinco anos.

Havia aproximadamente 220 crianças em dois turnos distintos, que realizavam diversos tipos de atividades, coordenadas por uma equipe de trabalho que estava formada por: professoras, profissionais de educação física, de música, de expressão corporal, psicomotricistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.

O setor dos bebês atendia um total de 20 crianças em diferentes horários e ao redor de 16 a 18 em horário contínuo, contando com 5 cuidadoras especializadas. A idade dos bebês era de 45 dias a 18 meses.

### ***Funções do jardim de infância***

Com o passar dos anos, fui pensando (tanto eu como a equipe) que o Jardim de Infância cumpria uma função especial para os pais e as crianças.

Estas funções seriam:

- 1) Recepção da criança e de sua família.*
- 2) Lugar de cuidado e socialização.*
- 3) Lugar de educação e “co-criação” de conhecimentos e de autonomia.*
- 4) Espaço para sua subjetivação e continente de emoções e pensamentos.*
- 5) Prevenção de dificuldades no desenvolvimento da criança.*
- 6) Acompanhar o desenvolvimento da parentalidade.*

Neste trabalho quero ocupar-me de forma resumida de duas destas funções, que são as de “prevenir dificuldades no desenvolvimento da criança” (a qual também formaria a parte de promover um “espaço de subjetivação”) e de “acompanhar o desenvolvimento da parentalidade”.

Entendo a “subjetivação” da criança pequena como a possibilidade de ir construindo “sua” perspectiva, uma maneira singular de vivenciar as experiências e de expressá-las de diferentes maneiras, através de recursos corporais ou simbólicos.

Em termos winnicottianos, seria a possibilidade de gerar um ambiente facilitador que possibilitasse a expressão do verdadeiro self, evitando os riscos de uma forma de “adaptação” ao meio e a uma exigência pedagógica uniformizante.

Para isto é fundamental favorecer um encontro e um conhecimento de forma mais individual possível, para evitar que o bebê se encontre em um “estacionamento”, como um depósito grupal.

Assim o trabalho com as emoções das educadoras era um alvo fundamental. Fomos descobrindo que a sensibilidade na observação da singularidade de cada bebê, dependia diretamente da sensação de ser sustentada psicologicamente. Por isso foi importante a realização de encontros de “grupo de fala” com as educadoras, que era uma forma de pensar as diferentes emoções da tarefa de “cuidar” a o bebe e a família. Em esse sentido a relação da educadora com os Pais era um ponto de reflexão permanente. (Guerra,V. 2007)

Neste trabalho (por uma questão de espaço) não posso desenvolver a estrutura de trabalho focada no respeito<sup>1</sup>, mas gostaria de destacar **uma** das formas de poder alcançar a possibilidade de dar sustentação a momentos de angustia da família: a de implementar um tipo de Consulta Terapêutica Breve, como forma de dar algumas respostas aos pais nos momentos em que vinham conversar sobre os seus filhos.

### ***O trabalho com os pais***

Muitas vezes as consultas surgiam das “conversas” (oficinas) que aconteciam periodicamen-

---

<sup>1</sup> *Que se encontra no livro de Cardozo,A., Lopez,S, y Guerra,V.: “Comenzando los vínculos: los bebes, sus papas y el Jardin Maternal”. Ed. Roca Viva. 1994*

te, nas quais se solicitava aos pais que escolhessem um tema de seu interesse ou preocupação. Eram decididos os temas principais e, com este grupo, se organizava uma série de encontros ao longo do ano que contemplaria os temas propostos.

Em cada encontro era apresentada uma “situação problema” fictícia (por exemplo, em relação à separação, problemas de sono, de alimentação, o que significa “estimular” etc.) e se abria a discussão para pensar no que estava acontecendo com esta criança, em como reagiram os pais da mesma e o que eles fariam nesta situação.

Depois de um tempo de discussão, eu, como coordenador da atividade, tentava articular os diferentes pontos de vista, assim como transmitir minha própria perspectiva sobre o “caso”.

Esta forma de trabalho era muito “aberta”, onde não deixavam de ocorrer “piadas” sobre o risco de que o Psicólogo iria analisar os pais e buscar a explicação de tudo (o que permitia calibrar o estado dos “fenômenos transferênciais” e de certas fantasias em jogo).

Pouco a pouco, lograva-se aumentar a confiança dos pais e o desejo de conversar sobre algum ponto de dúvida ou sintoma de seu filho. Assim, foi surgindo o pedido de muitos deles para marcar uma consulta comigo, que foi parte do trabalho de desenvolvimento da parentalidade e suas vicissitudes<sup>2</sup>.

Desta maneira, ao longo destes anos de trabalho<sup>3</sup>, fui criando uma forma de desenvolver estes encontros, influenciado teoricamente pelas teorias de muitos autores psicanalíticos (S.Lebovici, B.Golse, B.Cramer, D. Stern, A. Guedeney, A. Ciccone, R. Roussillon, D. Houzel, P. Delion, S. Missonnier, D. Daws, M.R. Moro, etc.), mas também tratando de encontrar meu próprio caminho em relação à população que atendia (e suas características culturais) como minha própria sensibilidade e modalidade de trabalho.

### *As consultas terapêuticas*

Por uma limitação de tempo e pelo alto número de consultas que foram acontecendo, foi necessário pensar numa forma breve de abordagem dos transtornos que pudessem apresentar os bebês e as crianças pequenas (no máximo três ou quatro sessões iniciais, com possibilidade

---

<sup>2</sup> Em um trabalho anterior, desenvolvo outros aspectos da técnica de trabalho: “Intervenções terapêuticas na tríade pai-mãe-filho” 2006. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*; n. 96 : p. 125-141, 200

<sup>3</sup> Realizei meu trabalho entre 1988 e 2005, realizando mais de 1.000 consultas com seguimento, com pais e filhos entre 4 meses y 5 anos de idade.

de seguimento) que permitisse modificar a “sintomatologia” presente, e na medida do possível, a qualidade da interação.

Fui, então, descobrindo um ponto favorável. Como os bebês permaneciam por alguns anos na Instituição, tinha a possibilidade de fazer um trabalho mais “longitudinal” com os pais, o qual desenvolvo em outro trabalho (Guerra, V. 2006).

Durante este período estendido de observação, seguimento e resignificação de cada caso, fui aprendendo que a imagem mental ou a representação que os pais tem de si mesmos e de seu filho vai mudando ao longo do tempo. E que havia dois momentos chave de modificação das mesmas que estão em relação com momentos de subjetivação especial da criança no seu desenvolvimento: refiro-me aos 2 e aos 4 anos. Aos 2 anos porque, em relação aos pais, se produziria o declínio do “Complexo do Arcaico” (Guerra, V. 2011) e, em relação à criança, seria o momento de aquisição de um passo fundamental no processo de simbolização com a chegada da linguagem e do jogo de faz de conta, ou “como se”. Momento que J. Piaget (1970) nomeou de “função semiótica”.

E aos 4 anos, em relação ao momento estruturante que P. Fonagy e sua equipe (1996) denominaram aquisição da “mentalização” na criança, e que os pais intuitivamente confirmavam (sem se darem conta) ao assinalar que viam que seu filho parecia maior, dialogava mais, interagia mais, podia brincar sozinho e podia se expressar mais através da fala e não fundamentalmente por atos corporais.

Mas estes aspectos (que não posso desenvolver neste trabalho) nos levam a pensar que o eixo central do encontro pais e filho e de toda consulta com os pais e a criança pequena é: o lugar das representações.

Gostaria, então, de apresentar alguns aspectos teóricos que me influenciaram em meu trabalho.

### *As representações nas consultas*

Há alguns anos B.Cramer e colaboradores têm se dedicado ao trabalho sistemático de terapias breves com mães e bebês. O autor denomina esta forma de intervenção de “Psicoterapia orientada às representações mentais”, para diferenciá-la daquelas orientadas ao comportamento. (1988), (1993).

Entende que a mãe possui uma representação interna de seu bebê, que está em relação com sua própria história pessoal, e que isto determina uma forma especial de interação com seu filho, e por final um funcionamento do bebê, que pode favorecer alguns sintomas.

Tanto este autor como os outros já citados, como também Lebovici (1987), referem que é necessário trabalhar com as mães as projeções que distorcem a relação com seus bebês. Estas projeções estão pautadas pela repetição de vivências infantis parentais.

Igualmente Kreisler e Cramer (1981) propõem como contra indicações para este tipo de intervenção terapêutica, as mães que apresentam Neuroses de Caráter e outras patologias mais graves.

Palacio e Manzano (1988) chegam à conclusão que naquelas em que predomina uma representação agressiva do filho e que projetam aspectos desagradáveis de si mesmas, assim como imagens persecutórias de seus próprios pais, não seria possível obter efeitos terapêuticos.

Seguindo, então, a linha de alguns dos autores mencionados, fui me dando conta de que nas consultas, a avaliação das representações ou imagens mentais que os pais têm de seu filho é um elemento fundamental.

Contudo, minha própria experiência foi me conduzindo a pensar que a representação interna que a mãe tem de seu bebê, teria dois níveis:

- 1) o da representação da interação fantasiada atual com o bebê, ou seja, como o vê atualmente (o bebê atual)*
- 2) o da representação deste bebê em relação à história pessoal materna, que lugar ocupa em relação a figuras significativas de seu passado (bebê proto-histórico).*

Para exemplificar o que foi dito, podemos tomar o caso relatado por Cramer e Stern em seu trabalho, “Evaluación de los cambios relacionales en el curso de una psicoterapia breve madre-bebe”, (1988) onde uma mãe busca auxílio porque seu bebê de 10 meses tem uma forte sintomatologia, dores abdominais, insônia, regurgitação etc.

Do meu ponto de vista, esta mãe tinha como representação da interação fantasiada atual, a vivência de um bebê agressivo, que a podia machucar e que ela devia evitar uma proximidade

física por temor ao que este poderia lhe causar.

Num segundo nível, identificava o bebê com os doutores que em sua infância lhe fizeram sofrer dolorosas experiências corporais (internações e operações), como se fosse o representante atual destes indivíduos que tanto a agrediram.

Cramer desenvolveu seu trabalho terapêutico centrando suas intervenções no segundo nível, integrando a história pessoal materna.

Mas centralizar o trabalho terapêutico neste nível de representações pode trazer algumas dificuldades, uma vez que o paciente pode racionalizar sem mobilizar seus afetos, e como disse Debray (1987) existe o perigo de precipitar na mãe uma precoce tomada de consciência, através da passagem a atos verbais, e isto ameaça o andamento do tratamento.

A experiência clínica me demonstrou que nos casos em que existe basicamente uma representação libidinal, positiva do filho, é possível trabalhar fundamentalmente desde o atual, em como esta mãe percebe o bebê, sem ter que necessariamente estabelecer um nexos com sua história pessoal. Fato, sem dúvida, muito importante, mas que teria que contar com um número maior de sessões.

Em outra experiência que realizei no “Hospital Infantil Pereira Rossell”, num grupo de pesquisa sobre transtornos do sono, coordenado pela psicanalista Mercedes Freire de Gambarino (1993), havíamos comprovado que inclusive em alguns casos em que a mãe tinha uma representação agressiva do bebê, era possível priorizar o trabalho em um nível da interação fantasiada atual, alcançando melhoras terapêuticas.

Posteriormente, as grandes contribuições de D. Stern sobre a importância do trabalho do “momento presente” foram um marco teórico muito importante, sobretudo quando D. Stern, na publicação de Lebovici (2000) “Elements de Psychopatologie du bebe”, no caso Edith, marca, em sua interpretação do caso e da técnica de Lebovici, a importância do trabalho no “aqui e agora” com os pais, e na construção de uma aliança terapêutica suficientemente flexível que os permita, estar mas abertos a modificar a qualidade dos encontros com seu bebê.

### ***Caso clínico***

Exemplificando minha maneira de trabalhar nas Consultas no Jardim de Infância, apresen-

tarei um caso de um bebê de 10 meses, Silvia, que os pais trazem em função de transtornos do sono. O sintoma se mantém desde os sete meses. Nesta época, a família se mudou e Silvia, pela primeira vez, passou a dormir em seu quarto. Anteriormente dormia na sua cama, no mesmo quarto dos pais. Aos oito meses de idade de Silvia, sua mãe engravidou.

Silvia teve um desenvolvimento adequado, e os pais a definem como carinhosa, viva, ativa e segura de si mesma.

Das primeiras **duas entrevistas** gostaria de resgatar algumas questões, e acredito que existem cinco pontos que definem o perfil da interação. Que são:

1) **Hiperestimulação regressiva.** A partir do que foi observado nos momentos em que a mãe vem à Instituição para buscar Silvia, pudemos captar uma forma de hiperestimulação regressiva. A mãe demonstra com intensidade sua alegria por reencontrar a filha, mas também se observa um nível muito intenso nesta interação, seus movimentos são enérgicos e parece, pelo menos nestes momentos, não levar em consideração os sinais de regulação que Silvia revela. (Brazelton, 1987).

Essa forma de interação revela características regressivas pela utilização de um tom de voz agudo, pela aparição de diminutivos, sons onomatopeicos, etc. (Diaz Rosselló; Guerra, V.; Strauch, M.; Rodriguez Rega, C. Y Bernardi, R., 1990). Esta tendência coexiste com outra, a de aproximar-se de Silvia como um bebê que corresponde à sua idade.

2) **Estreito contato corporal ou visual.** A este respeito, um comentário realizado pelo pai revela-se muito ilustrativo. Pai: *”ela fica brincando sozinha na sua cadeirinha e acredito que fomos nós que lhe ensinamos este hábito, sempre tratamos de ficar muito perto dela, qualquer atividade que fizemos tratamos de acomodá-la de forma que sempre nos veja”*. Ele conta vários exemplos e surge a ideia da necessidade de poder ver o que se faz e de ter um contato visual.

Em um momento, na primeira entrevista, a mãe diz: *“ela sabe que se chorar estaremos por perto... nunca a deixamos chorar... mas, sim, nos dizem que temos que deixá-la chorar...”*

Vemos a necessidade dos pais de centrar a atenção de Silvia neles e vice-versa, demonstrando sua dificuldade em que ela possa criar um espaço próprio. Este espaço permite

que o bebê desenvolva o que Debray (1987) chama de estratégias de espera, para os momentos em que os pais se encontram fisicamente presentes. *“Responder de imediato à demanda do bebê e impedi-lo de desenvolver estratégias de espera é mantê-lo em um estado de dependência total em relação aos seus objetos privilegiados”*.

Nestes pais, a excessiva necessidade de uma proximidade física era suprida pela característica do olhar.

Podemos pensar que esta necessidade de olhar insistentemente, que é quase como tocar o bebê, está relacionada com as dificuldades de separação dos pais.

Assim, o olhar proximal como atividade que encena uma fantasia de contato corporal, não permitia gerar um espaço psíquico que desse lugar à **emergência** da representação do objeto ausente. O bebê vê como limitada a possibilidade de estabelecer uma representação psíquica da mãe como algo diferente da precária representação psíquica de si mesma.

Ao dormir, como disse Fain (1971), exige da mãe a custódia do sono, já que o corpo real ocupa o lugar de objeto introjetado que falta. As características da interação pais-bebê desenvolvidas durante o dia, determinam o transtorno do sono, como disse Debray: *“a noite é o reflexo do dia”*.

Desde um ponto de vista interativo, através desta atividade, e em “como” é o olhar dos pais, estão demonstrando a ela a segurança de estar protegida pelo olhar deles, e não a de que a segurança seja proveniente de que ela brinque, experiencie objetos, contando com a presença corporal e afetiva dos pais, ainda que não a olhem de forma permanente.

Desta forma, Silvia capta que segurança é estar em contato físico com os pais, ou sendo olhada por eles e cortar esta forma de vinculação deve ser algo que gere algum tipo de ansiedade.

**3) O investimento no quarto.** Sobre este aspecto o pai disse: *“não a habituamos ao seu quarto que deveria ter mais cores e mais coisas, não está acostumada com a ideia de que o quarto é o seu lugar”*. Em seguida disse que inclusive jogam com Sílvia na sala ou no dormitório do casal.

4) **Dificuldade para ficar com outros.** Ambos os pais comentam ao longo das entrevistas que é difícil deixá-la com seus familiares por medo que sintam falta deles, embora intuem que isto deve ser uma projeção deles, que ela reflete as ansiedades dos pais.

5) **Preocupação com a alimentação.** A mãe teme dar a Silvia comidas sólidas e geralmente pica toda a comida antes de dar a ela. “Tenho medo de que se engasgue, que se a deixo sozinha coloque algo na boca e que se engasgue... eu sou muito medrosa, minha mãe me transmitiu muito medo”. Fala, então, da relação com sua mãe e como esta era apreensiva.

As características assinaladas da interação real me levaram a pensar que os pais tinham uma representação da interação fantasiada atual, que poderíamos expressar assim: “Não podemos facilitar a sua independência, seu espaço próprio. Necessitamos dela pequena, unida a nós”. (esquema 1)<sup>4</sup>

Isto está fundamentalmente sustentado na mãe pela identificação com sua própria mãe e a fantasia de que a separação e a independência podem ser um perigo importante. Da mesma forma, isto deve ter a ver com outros aspectos de sua história pessoal que não foram investigados (o mesmo que a fantasia de engasgar-se com a comida).

Como partimos do fato de que os pais tinham prevalentemente uma representação libidinal de sua filha, trabalhamos privilegiando o primeiro nível, o de como percebem a sua filha. (esquema 2)<sup>5</sup>.

### **Recursos terapêuticos**

Dos recursos terapêuticos utilizados privilegiei em muitas de minhas intervenções, o uso da **primeira pessoa**, colocando em palavras o que Silvia poderia estar sentindo, falando por ela. Podemos ver alguns exemplos deste aspecto:

Os pais falavam de seus medos e de olhá-la permanentemente.

T: “se nos colocamos no lugar de Silvia, seria como se disséssemos: eu não posso me acostumar

---

<sup>4</sup> Ver esquema no final do trabalho.

<sup>5</sup> Ver esquema no final do trabalho.

<sup>6</sup> Na maioria das entrevistas o bebê não estava presente pela decisão dos pais. Eu a observava regularmente na Sala do grupo e falava com eles sobre o que observava.

*a ficar sozinha porque estão sempre comigo, ou a presença de papai e mamãe ou o olhar deles”.*

Num momento na segunda entrevista<sup>6</sup> dizem que não a deixavam com outros por medo que sentisse falta deles.

*T: “Sim, mas é como se pensasse: estou muito acostumada ao papai e à mamãe e, assim, não me deixam aprender que mamãe pode ausentar-se por um tempo e que não desaparece, volta novamente”.*

*P: “É como ser mais ela, individualmente, não?”*

*T: “algo como ela ter se acostumado a ser cuidada, olhada permanentemente”.*

Seguem falando e dizem que a levaram a uma situação extrema, porque tem boa relação com os avós e os primos e não a deixam muito com eles.

*T: “E se ela se acostuma a estar sempre com vocês durante o dia, será fácil estar sem vocês durante a noite?”.*

*Depois falam do olhar e do medo, e da apreensão da mãe.*

*T: “Ela parece ter a ideia de que tem que estar perto de vocês para estar segura, é como se pensasse: mamãe me olha a cada instante e papai, que sempre está comigo, me faz carinhos, está muito perto, e se ele faz algo tenho que estar olhando. Então de noite, quando estou sozinha não posso dormir bem”.*

*M: (com surpresa) “Ela se dará conta, não?”*

Como já havíamos exposto num trabalho anterior (Garbarino, M. Y col. 1993) a utilização das interpretações na primeira pessoa, “**como se**” o bebê falasse através do terapeuta aponta a diferentes sentidos:

- 1) Permite **frear, em parte, as projeções maternas** das imagens que possui o bebê, sendo uma forma de possibilitar a introjeção do projetado, sem sentir culpa ou ansiedade persecutória.
- 2) **Condensa um nível verbal e não verbal**. Demonstra à mãe que o que a criança faz com o corpo tem um sentido a ser descoberto.
- 3) **Põe ordem na desordem**, permite esclarecer algo que a mãe muitas vezes percebe como desconhecido, obscuro e também, agressivo.
- 4) Coloca o terapeuta em um **lugar de intermediário** entre o bebê e os pais, entre o mundo infantil e o adulto, entre o corpo concreto e a representação psíquica do sintoma. Habili-

ta os pais a pensarem na possibilidade de decifrar um código diferente, mais regressivo, primário: o da utilização do corpo como veículo de expressão.

- 5) E, pessoalmente, também creio que possibilita nos pais uma **maior proximidade com o bebê real, diferenciando-o do fantasiado.**

Como já havia assinalado, a percepção que a mãe tem de seu bebê está tomada de suas próprias fantasias que projeta nele, e isto faz com que o bebê possa chegar a expressar com seu corpo o conflito materno em jogo.

Poderia interpretar-se este interjogo de projeção materna e o sintoma do bebê de forma direta, ou seja, realizando uma associação entre o sintoma e a representação interna que a mãe tem de seu filho. Mas entre estes (corpo-sintoma do bebê e a representação materna) “colocamos” a primeira pessoa. Ou seja, passamos do sintoma do bebê à “representação psíquica no bebê” (como se falasse através de nós), e, em seguida, à representação psíquica da mãe. Ajudamos a mãe a ver um bebê unificado, com corpo e desejo próprio, e isto permite frear em parte as projeções, e estabelecer a representação do bebê real, a de si mesma e de sua história pessoal.

E isto, de acordo com minha experiência, provocará nos pais uma forma de impacto, que neste caso a mãe demonstra ao verbalizar com surpresa: “Ela se dará conta, não”? Em outros casos surgem expressões como: “Claro!... parece mentira!... que coisa, não?” O que demonstraria que alguma forma de insight operou-se neles.

Outra forma de intervenção terapêutica é a utilização de **recomendações**, que uso no final das entrevistas, depois que foram trabalhadas as fantasias que os pais têm sobre o bebê. Por exemplo, na segunda entrevista os pais falam do quarto de Silvia, que não está pronto e que ela não se adapta a ficar ali.

*T: “Me parece que são vocês que não se adaptam à ideia de que ela tenha o seu quarto. Dizem que não está pronto, mas será o quarto ou o aceitar que ela tenha seu próprio quarto, que é como seu mundo próprio, separado de vocês?”.*

*M: “Sim, nunca brincamos com ela no seu quarto, ficamos em outros lugares, mas no dela não”.*

*T: “Para que ela se adapte ao seu quarto necessita que vocês a acompanhem, que vocês sintam realmente que é o quarto dela. Parece que necessita que brinquem ali, que tenha um valor afetivo, pois senão é algo frio, alheio, impessoal”.*

M: “Então temos que brincar com ela no seu quarto<sup>7</sup>”.

Outro recurso utilizado foi a narcisização dos pais, ao transmitir-lhes que confio em sua função materna, que eles podem ajudar a sua filha e estão contribuindo para seu bom desenvolvimento. Também forneço informação sobre o desenvolvimento do bebê, que neste caso não foi necessário utilizar.

Creio também que a possibilidade de escutar os pais e dar-lhes um suporte emocional junto à Instituição também é um fator muito importante.

Permitir que os pais falem sobre suas dificuldades e o reconhecimento do outro que os escuta e os compreende, é uma forma de conter suas ansiedades, assim como a possibilidade de falar e refletir sobre si mesmos.

Kreisler (1983) fala de uma “técnica semi-interpretativa” que seria reassegurar os pais, e que, em muitos casos a ação terapêutica pode estar centrada no fato de os pais falarem e colocarem espontaneamente em seu discurso a realidade presente do bebê com a sua própria, sem que o terapeuta o interprete deliberadamente. Acreditamos que para a mãe deste nosso caso foi muito importante o associar espontaneamente seus medos em relação à identificação com sua mãe, uma vez que permite, em parte, realizar um reordenamento de sua história pessoal e de sua influência em relação à sua filha.

Por último, o **suporte emocional institucional** estaria baseado no fato de que acreditamos que ao colocarem seu filho na Instituição, os pais também projetam e depositam seus próprios aspectos infantis necessitados de serem contidos. Sentir que são acompanhados e apoiados no processo de desenvolvimento de seu filho lhes brinda com uma experiência de suporte emocional. Isto determina uma forma de “transferência institucional”, onde observamos que reativam aspectos de seus vínculos infantis e os deslocam nas diferentes figuras que integram a Instituição<sup>8</sup>.

É desta forma que aparecem os aspectos ambivalentes dos pais, por exemplo, estabelecendo um vínculo positivo com as diretoras, e outro de agressão e competição com as professoras, ou vice-versa.

---

<sup>7</sup> Elemento que atualmente chamo de “arquitetura pulsional da casa”.

<sup>8</sup> Tema desenvolvido em Guerra, V. (2007) y (2010)

Esta situação que reatualiza experiências infantis apresenta uma forma de incidência terapêutica em um nível muito concreto. Creio que é uma forma de repetir em primeiro lugar e uma forma de começar a elaborar depois (na medida em que a Instituição não atua os papéis depositados) a imagem de seus pais internos e a imagem de si mesmos como pais.

A conjunção de todos estes fatores determinou o desaparecimento do sintoma com duas sessões de trabalho.

Numa **terceira sessão** realizada depois de 15 dias, os pais dizem que há poucos dias, Silvia começou a dormir bem, percebem que está mais independente e fica no seu quarto brincando e dormindo. O pai disse: “agora vai e toca em tudo, deu um grande salto neste tempo”.

*T: “E vocês?”*

*M: “Eu me liberei um pouco... não estou tão em cima... dorme toda a noite... deixamos que durma um pouco mais tarde... é outro membro da casa”. Em seguida diz: “tem um som próprio que antes não tinha e também uma brincadeira própria, vai até o espelho e se olha, se cumprimenta e sai, depois volta, ela adora, faz um mês que faz isto e ela entende, porque vai até lá e se cumprimenta”.*

*A respeito da alimentação diz: “come mais sólidos e vejo que não se engasga e o que é mais duro não engole”.*

*T: “Parece que ela agora tem um espaço próprio: um som, um jogo na frente do espelho... Ela capta que a vemos maior, que pode fazer coisas por si mesma e que tem seu próprio mundo. Antes era uma bebê protegida, com a comida picada”.*

*M: “Sim, eu mudei e a deixo mais”.*

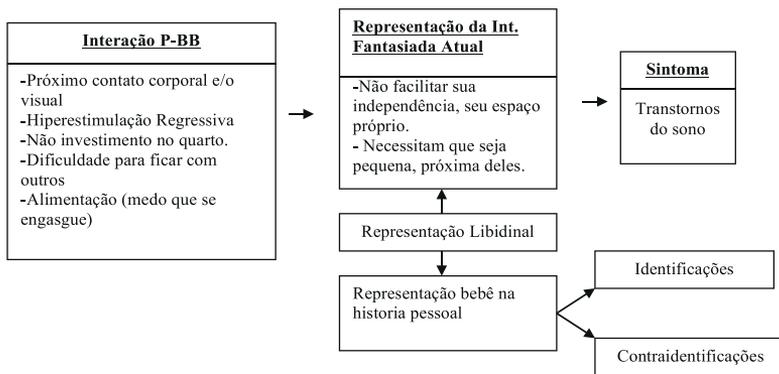
Tive a oportunidade (e o privilégio) de seguir realizando o seguimento deste caso e desta família durante toda a infância desta criança, pois apesar de terem passado do Jardim para a Escola, eles seguiram me consultando periodicamente por diferentes questões de sua filha e de outro filho que tiveram.

Até o momento do último encontro, a evolução havia sido muito positiva, e os pais valorizaram a importância de terem tido estas primeiras consultas no Jardim para sentirem-se mais seguros em como manejar situações do desenvolvimento de sua filha, e deles mesmos como pais.

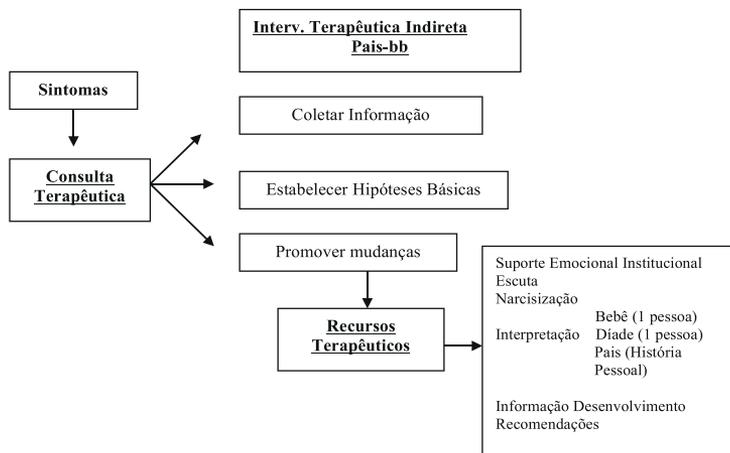
Estas reflexões dos pais nos levaram a pensar na função do Jardim como “Acompanhamen-

to da parentalidade e da subjetivação da criança”, sempre e quando possa acontecer na Instituição um verdadeiro trabalho interdisciplinar, com confiança e liberdade para abrir uma escuta diferencial dos pais (e da criança) ante as vicissitudes da vida familiar.

**ESQUEMA 1**



**ESQUEMA 2**



### ***Bibliografia***

BRAZELTON, B. (1987) “O bebe, parceiro na interação”, en “A dinamica do bebe”. Artes Médicas.

CARDOZO,A., LOPEZ,S, y GUERRA,V.(1994): “Comenzando los vínculos: los bebes, sus papas y el Jardin Maternal”. Ed. Roca Viva.

CRAMER, B. (1974) “Interventions therapeutiques breves avec parents et enfants”. *Psychiatrie de l’ enfant*, 1974, 17.

CRAMER, B. (1987) “A psiquiatria do bebe: uma introdução”, en “A dinamica do bebe. Artes Médicas

CRAMER, B. & STERN, D. (1988) “Evaluation des changements relationnels au cuors d’ une psychotherapie breve mere-nourisson”, en *Psychiatrie du bebe*.Ed. Masson.

CRAMER,B., PALACIO ESPASA,F. (2003) ”Técnicas psicoterápicas mãe/bebé - estudos clínicos e técnicos. Porto Alegre: Artes Médicas.

DEBRAY, D. (1987) “Bebes-maes em revolta”. Ed Artes Médicas.

DIAZ ROSSELO, J.; GUERRA, V.; STRAUCH, M.; RODRIGUEZ REGA, D.; BERNARDI, R. (1991). “La madre y su bebe: el inicio de la interacción”. Ed. Roca Viva.

FAIN, M. (1971) “Prélude a la vie fantasmatique”. R.F.P.

FONAGY,P,y TARGET,M (1996) “Jugando con la realidad I”. Libro Anual de Psicoanálisis, Ed. Escuta.

GARBARINO FREIRE DE, M., coord.; CORREA,V; ESCUDERO,M.; FREIFELD, F; GARCIA,V; GARCIA, R; GUERRA, V; LANZA, V; MARQUEZ, M; O’NEIL, Z.; ORTEGA, M.; PERKAL, A.; SANTIAGO, G.; SAPRIZA, M.; SBURLATTI, M. (1993) “Intervenciones terapéuticas en bebes con trastornos de sueño”. Ed. Roca Viva.

GUERRA,V. (2006) :” Intervenciones terapéuticas en la tríada padre-madre-hijo”. Revista Uru-

guaya de Psicoanálisis ; n. 96. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

GUERRA, V. (2007) “Alegato por el desamor de la Educadora”. Inédito. Presentado en la Semana del Bebe. Canela. Brasil.

GUERRA, V. (2010) “La violencia del cuidado del bebe y el placer de la subjetivación en el Jardín de Infantes”. Presentado en: “Jornada de Educación Inicial y Psicoanálisis”. “Crecer con otros”. Organizado por la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

GUERRA, V. (2011) “El Complejo de lo arcaico y la Estética de la Subjetivación”. Inédito.

KREISLER, L.; FAIN, M.; SOULE, M. (1977). “ El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia. Ed. Amorrortu.

KREISLER, L. (1983). “L’ économie psychosomatique de l’ enfant”. I.P.S.O.

LEBOVICI, S. (1987). “O bebe, a mae e o psicanalista”. Ed. Artes Médicas.

LEBOVICI, S. (2000) “Elements de psychopathologie du bebe”. Ed. Eres.

PALACIO ESPASA, F.; MANZANO, J. (1988). “Problematique psychique et interaction parent-s-bebe lors des interventions therapeutiques breves”. Psychiatrie du bebe. Nouvelles Frontieres.

PIAGET, J. (1970) “Psicología de la Inteligencia”. Ed. Hormé.

*Tradução de Inta Muller*

## ***Exposição pré-natal a drogas – crack e suas repercussões***

*Gabrielle Bocchese da Cunha*

---

### ***Epidemiologia***

Atualmente, o Brasil vive uma epidemia do uso de drogas ilícitas. A cocaína, utilizada sob a forma de crack ou oxi, é acessível a baixo custo e seu uso está associado a diversas situações de risco como infecções, má nutrição, distúrbios familiares e violência.

As consequências da exposição pré-natal a drogas podem ser trágicas no desenvolvimento das crianças e esta problemática é descrita na maioria dos países. A *National Household Survey on Drug Use and Health*, nos EUA, estimou que em 2004-2005, as mulheres representavam 30% da população de dependentes e que 3,9% das gestantes teriam utilizado drogas ilícitas, incluindo cocaína, no último mês.

Quando falamos em gestante usuária de drogas e bebê exposto, sabemos que a dependência química é, na verdade, um marcador de altíssimo risco médico, social, entre outros. Estamos falando das mulheres e bebês mais vulneráveis entre os vulneráveis e de um tema ainda muito pouco estudado.

O abuso de cocaína e de outras drogas geralmente ocorre associado a fatores de risco biopsicossociais, como as doenças sexualmente transmissíveis, as patologias psiquiátricas, o baixo nível educacional, a ausência de estrutura familiar, o desemprego, a pobreza extrema e a violência.

No Brasil, um estudo encontrou a prevalência de distúrbios mentais em 27,6% de gestantes adolescentes usuárias de drogas. Os diagnósticos mais frequentes encontrados foram depressão (12,9%), transtorno de estresse pós-traumático (10,0%) e distúrbios de ansiedade (5,6%).

A exposição pré-natal a drogas é ainda muito pouco diagnosticada no Brasil. O uso por

gestantes de álcool, cigarros, cocaína ou derivados e maconha, as drogas mais frequentes no país, chega, respectivamente, a 38,5%, 31%, 6% e 1,5%.

Em Porto Alegre, em 1999, uma população geral de recém-nascidos foi estudada. A taxa de exposição pré-natal à cocaína foi de 4,6%. Somente metade dos bebês foi identificada através da entrevista clínica e só 43,7% das gestantes suspenderam o uso de cocaína após o primeiro trimestre da gestação. A presença dos cuidados pré-natais parece não ter modificado a incidência de dependência química entre as gestantes.

O Brasil enfrenta uma epidemia de crack também entre mulheres e crianças. Essa trouxe de volta a nossa atenção para antigas epidemias de doenças neonatais preveníveis, como efeitos alcoólicos fetais e lues congênita.

Drogas lícitas como o álcool são capazes de causar retardos e alterações no desenvolvimento físico e cerebral tão ou mais graves que as ilícitas.

Os custos econômicos da exposição pré-natal a drogas ainda não foram estimados no país.

### *Mecanismos de ação e efeitos na gestante, no feto e no recém-nascido*

O uso de drogas durante a gestação foi associado com complicações gerais na gestante e no feto. As drogas e seus metabólitos atravessam a placenta rapidamente, podem concentrar-se no feto e acumulam-se no líquido amniótico, transformando-o num reservatório da droga.

Na gestante, a cocaína e seus derivados aumentam as catecolaminas periféricas e causam hipertensão arterial, taquicardia, hipertermia, aumento da contratilidade uterina e vasoconstrição placentária. Podem ocorrer complicações gestacionais como abortamento, trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, rompimento de membranas, contratilidade uterina anormal e ruptura uterina.

A cocaína também altera o transporte placentário de serotonina, norepinefrina e aminoácidos, o que potencializa seus efeitos podendo resultar em redução do crescimento fetal, morte, malformações e sofrimento do feto.

Os efeitos do uso das drogas durante a gestação podem ser diretos, relacionados à droga em

si, ou indiretos, vinculados à má nutrição induzida pela droga, causando problemas no crescimento e desenvolvimento do feto. Além disso, outras variáveis estão presentes, como a ausência de cuidados pré-natais, infecções congênitas e doenças mentais maternas.

Apesar de inúmeras complicações terem sido associadas à exposição pré-natal a cocaína e seus derivados nos últimos 30 anos, apenas parte delas puderam ser confirmadas nos estudos mais recentes, controlados e multicêntricos. São elas:

- *Diminuição do crescimento fetal, complicações gestacionais e maior necessidade de hospitalização durante a gestação;*
- *Sinais de instabilidade autonômica, mais complicações neonatais e indicação de exames e terapias, assim como menor taxa de amamentação ao seio, maiores taxas de internação em UTI e tempo de internação hospitalar.*

A ação dessas substâncias estimulantes sobre o sistema nervoso central do feto depende do momento em que ele foi exposto. O desenvolvimento do SNC inicia no 28o dia após a concepção e continua durante a gestação e toda a infância, conferindo-lhe uma vulnerabilidade biológica continuada a insultos tóxicos. Vários autores descreveram anormalidades neurológicas e comportamentais nos bebês expostos a drogas. Alterações ecográficas e eletroencefalográficas, dificuldades na alimentação e no sono e sinais de estresse ou de abstinência são alguns dos efeitos atribuídos à cocaína.

No estudo desenvolvido em Porto Alegre, 70% dos bebês expostos a cocaína foram expostos a múltiplas drogas. O uso de cocaína em algum momento durante a gestação levou a sinais de estresse ou abstinência no sistema nervoso autônomo dos recém-nascidos. Os bebês expostos à cocaína durante toda a gestação demonstraram maior excitabilidade, dificuldades na auto-regulação e na qualidade dos movimentos.

Alterações neurocomportamentais sutis não devem ser considerados menos importantes do ponto de vista clínico ou epidemiológico. Diferenças de alguns pontos no quociente de inteligência das crianças expostas e dificuldades escolares e emocionais podem ter importante impacto pessoal, social e econômico.

### ***Avaliação e tratamento***

O screening realizado durante o pré-natal é capaz de identificar 9% das gestantes como

usuárias de drogas ilícitas em comparação com 5,5% que aparecem nas estatísticas nacionais americanas.

Na pesquisa realizada em Porto Alegre, apenas 2,4% das puérperas disseram ter utilizado cocaína durante a gestação comparadas a 4,6% de seus recém-nascidos expostos, identificados através da entrevista materna somada ao screening no mecônio. Dessa forma, para que mais da metade das gestantes usuárias de drogas recebam intervenção específica, métodos associados para diagnóstico são necessários. Idealmente, testagens toxicológicas com uso de materiais biológicos maternos ou neonatais podem e devem ser realizados associados à história clínica.

Tratamentos que iniciam durante a gestação são os mais efetivos. Desde 1980, estudos descreveram alternativas para o tratamento de gestantes usuárias de drogas. Psicopatologias como os distúrbios do humor ou ansiedade foram encontrados na maioria das gestantes usuárias de drogas ilícitas, por isso o tratamento deve adequar-se a esta realidade.

Revisando as escassas publicações sobre esse assunto, estas descrevem que os melhores resultados no tratamento de gestantes e mães usuárias de drogas foram obtidos quando o tratamento era abrangente e contemplava a associação de cuidados obstétricos, cuidados pediátricos, cuidados na área de saúde mental, intervenções familiares, treinamento parental e visitas para acompanhamento domiciliar.

Modalidades de tratamentos para esse grupo de pacientes têm sido testadas nos últimos anos. Tratamentos domiciliares realizados por mulheres com a mesma característica cultural das pacientes mostraram-se efetivos. Programas que englobem intervenções psicoeducativas sobre a relação mãe-bebê, o uso de psicofármacos e a avaliação das necessidades específicas de cada paciente associado ao amparo das questões legais relacionadas à guarda da criança têm sido também bem sucedidos.

A não especificidade dos tratamentos para mulheres gestantes ou no período puerperal, o medo da perda da guarda de seus filhos, as atitudes negativas dos profissionais de saúde e a falta de recursos foram identificados como fatores contribuintes para o baixo índice de adesão a cuidados pré-natais em gestantes usuárias de substâncias.

Em relação ao tratamento do recém-nascido exposto, as informações são ainda mais escassas e muitas vezes contraditórias. No Brasil e no mundo, não há definição formal de um protocolo para o manejo desses pacientes.

A amamentação muitas vezes é interrompida devido a ausência de informações suficientes e dificuldades no tratamento materno. Até o momento, não existem evidências científicas da presença de cocaína ou derivados no leite materno, muito menos de concentrações e farmacocinética.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, álcool e cigarro não contraindicam a amamentação, as demais drogas tem seu uso contraindicado durante a amamentação. Entretanto, efeitos do álcool e do cigarro são mais frequentes e conhecidos.

É importante lembrar que a suspensão da amamentação na mãe usuária de crack não impede a absorção por via respiratória pelo recém-nascido.

A amamentação e a maternidade representam grandes fatores motivadores para o tratamento. Quando estes são ameaçados ou perdidos, como no caso da perda da guarda do filho, há o enfraquecimento da confiança da mulher nos profissionais da saúde e nas instituições.

Todas as decisões devem ser consideradas conforme a individualidade de cada paciente e de sua família, preferencialmente em equipe transdisciplinar envolvendo obstetra, pediatra, psiquiatra ou psicólogo e assistente social, devendo ser guiadas pela legislação vigente.

A experiência da nossa equipe, que realiza pesquisas e atendimento a gestantes, mães e bebês expostos ao crack há quatro anos, levou a alguns pontos considerados importantes como parte do tratamento. São eles:

- *tratamento durante a gestação e o puerpério, abrangente, envolvendo assistência médica e social;*
- *educação parental aliada a um plano de desenvolvimento individualizado para cada bebê e sua mãe ou cuidador;*
- *uso de medidas não farmacológicas e de conforto inicialmente, sendo o uso de medicações para efeitos precoces da cocaína no recém-nascido ainda não comprovado cientificamente;*
- *avaliação da viabilidade da amamentação de forma individual, procurando mantê-la por suas conhecidas vantagens e por ser um potencial motivador para abstinência materna e vínculo mãe-filho;*
- *tratamento materno o mais precoce e longo possível, preferentemente domiciliar, com o bebê e filhos pequenos;*
- *mesmo nas situações irreversíveis de perda da guarda, o contato mãe-bebê deve ser man-*

*tido até que a separação seja necessária.*

Através de exames seriados do neurocomportamento neonatal, é possível identificar quais os bebês com risco para problemas emocionais ou de desenvolvimento, oferecendo cuidados apropriados a este grupo. Fator importante no seguimento desses pacientes é o atendimento da mãe e da família, ou mesmo dos cuidadores substitutos, decodificando o comportamento do lactente e auxiliando na sincronia dos cuidadores e no estabelecimento do vínculo.

A literatura tem demonstrado algumas consequências como alterações da interação do bebê ou da criança e seus pais, distúrbios do desenvolvimento cognitivo e da linguagem, anormalidades neurológicas, além de problemas comportamentais. No entanto, é na interação entre a vulnerabilidade neurocomportamental desses bebês e a resposta do ambiente cuidador que a evolução em longo prazo será determinada. A associação entre o uso da drogas na gestação com distúrbios emocionais da mãe na ausência de tratamento e em ambientes desfavoráveis ao desenvolvimento foi apontada como fatores que predizem a evolução dessas crianças.

### *Conclusões e perspectivas futuras*

Várias condutas possíveis foram descritas mas ainda não são utilizadas sistematicamente. Muitas dependem de mudanças legais e oficiais. Algumas podem ser definidas individualmente, conforme o interesse da instituição ou do profissional.

O diagnóstico e o tratamento realizado precocemente e envolvendo mães e bebês expostos têm maior potencial resolutivo quando comparado aos resultados de tratamentos para dependência química na população geral.

Conhecendo a importância dos primeiros cuidados de um bebê, o tratamento da usuária de drogas já na vigência da gestação, assim como dos bebês expostos, de forma muito precoce, é imperativo para o bem estar físico e mental da população e a prevenção de graves problemas e custos sociais.

Apesar de muitos estudos terem sido desenvolvidos abordando aspectos como a epidemiologia, os efeitos na gestante, no feto e no recém-nascido nos últimos 30 anos, muito pouca atenção foi dada ao tema no Brasil. Há, dessa forma, uma enorme carência de evidências científicas nacionais que embasem protocolos assistenciais e políticas públicas

Atualmente, estão em andamento alguns projetos de pesquisa junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com apoio do Governo Federal, onde tratamentos adaptados à nossa população de gestantes, mães e bebês estão sendo testados. Esses projetos foram idealizados como parte de uma ampla rede de pesquisas pioneiras que visam estudar o panorama da problemática da dependência química ao crack no país. Os estudos envolvendo tratamento de mães e bebês tem como objetivo avaliar os recursos disponíveis, criar evidências científicas de importância global e planejar alternativas para a intervenção precoce sistemática dessas famílias no início da vida, adaptadas à realidade brasileira.

O aprofundamento de pesquisas sobre tema exposição pré-natal a drogas fará emergir situações sociais, legais e éticas muito importantes que necessitam, da mesma forma, serem amplamente estudadas.

---

### *Referências bibliográficas*

ARMSTRONG, M. A. et al. Perinatal substance abuse intervention in obstetric clinics decreases adverse neonatal outcomes. *Journal of Perinatology*, v. 23, p. 3-9, 2003.

ASHLEY, O. S.; MARSDEN, M. E.; BRADY, T. M. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v. 29, n. 1, p. 19-53, 2003.

BADA, H. S. et al. Central and autonomic system signs with in utero drug exposure. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition*, v. 87, n. 2, p. F106-F112, 2002.

BADA, H. S. et al. Importance of stability of early living arrangements on behavior outcomes of children with and without prenatal drug exposure. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, v. 29, n. 3, p. 173-182, 2008.

BAGNER, D. M. et al. The effect of parenting stress on child behavior problems in high-risk

children with prenatal drug exposure. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 40, n. 1, p. 73-84, 2009.

BAUER, C. R. et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 159, p. 824-834, 2005.

BAUER, C. R. et al. The maternal lifestyle study: drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 186, n. 3, p. 487-495, 2002.

BENDERSKY, M.; BENNETT, D.; LEWIS, M. Aggression at age 5 as a function of prenatal exposure to cocaine, gender, and environmental risk. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 31, n. 1, p. 71-84, 2006.

BENNETT, D.S.; BENDERSKY, M.; LEWIS, M. Children's intellectual and emotional-behavioral adjustment at 4 years as a function of cocaine exposure, maternal characteristics, and environmental risk. **Developmental Psychology**, v. 38, n. 5, p. 648-658, 2002.

CARLINI, E. L. A. et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v.1. 472 p.

CHIRIBOGA, C. A.; KUHN, L.; WASSERMAN, G. A. Prenatal cocaine exposures and dose-related cocaine effects on infant tone and behavior. **Neurotoxicology and Teratology**, v. 29, n. 3, p. 323-330, 2007.

CUNHA, G. B. et al. Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. **Jornal de Pediatria**, v. 77, p. 369-373, 2001.

CUNHA, G. B. **Epidemiologia da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos do HCPA**. 128 f. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

CUNHA, G. B. **Exposição pré-natal à cocaína e efeitos neurocomportamentais no recém-nascido**. 242 f. Tese (Doutorado em Pediatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DENNIS, T. et al. Reactivity and regulation in children prenatally exposed to cocaine. **Developmental Psychology**, v. 42, n. 4, p. 688-697, 2006.

EIDEN, R. D. et al. Conceptual model for maternal behavior among polydrug cocaine-using mothers: the role of postnatal cocaine use and maternal depression. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2006.

FITZSIMONS, H. E. et al. Mood disorders affect drug treatment success of drug-dependent pregnant women. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 32, n. 1, p.19-25, 2007.

GALDURÓZ, J. C. et al. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country - 2001. **Addictive Behaviors**, v. 30, p. 545-556, 2005.

GANAPATHY, V. et al. Drugs of abuse and placental transport. **Advance Drug Delivery Reviews**, v. 38, p. 99-110, 1999.

GEWOLB, I. H. Coordination of suck-swallow-respiration in infants born to mothers with drug-abuse problems. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 46, n. 10, p. 700-705, 2004.

GOLER, N. C. et al. Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard. **Journal of Perinatology**, v. 28, n. 9, p. 597-603, 2008.

KESSLER, F. et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: need for data and structure. **Public Health**, v. 122, n. 12, p. 1349-1355, 2008.

KUMPFER, K. L.; FOWLER, M. A. Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 12, n. 2, p. 134-142, 2007.

LAGASSE, L. L. et al. Prenatal drug exposure and maternal and infant feeding behaviour. **Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition**, v. 88, n. 5, p. F391-F399, 2003.

LAW, K. L. et al. Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. **Pediatrics**, v. 111, n. 6, p. 1318-1323, 2003.

LESTER, B. M. et al. The maternal lifestyle study: effects of substance exposure during preg-

nancy on neurodevelopmental outcome in 1-month-old infants. **Pediatrics**, v. 110, n. 6, p. 1182-1192, 2002.

LESTER, B. M.; TWOMEY, J. E. Treatment of substance abuse during pregnancy. **Women's Health**, v. 4, n. 1, p. 67-77, 2008.

LESTER, B. M. The maternal lifestyle study. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 846, p. 296-305, 1998.

MALANGA III, C. J.; KOSOFKY, B. E. Mechanisms of action of drugs of abuse on the developing fetal brain. **Clinics in Perinatology**, v. 26, p. 17-37, 1999.

MAYES, L. C. et al. Neurobehavioral profiles of neonates exposed to cocaine prenatally. **Pediatrics**, v. 91, n. 4, p. 778-783, 1993.

MEHTA, S. K. et al. Autonomic alterations in cocaine-exposed infants. **American Heart Journal**, v. 144, n. 6, p. 1109-1115, 2002.

MESSINGER, D. S. et al. The maternal lifestyle study: cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. **Pediatrics**, v. 113, n. 6, p. 1677-1685, 2004.

MILLER-LONCAR, C. et al. Predictors of motor development in children prenatally exposed to cocaine. **Neurotoxicology and Teratology**, v. 27, n. 2, p. 213-220, 2005.

MINNES, S. et al. Effects of prenatal cocaine/polydrug use on maternal-infant feeding interactions during the first year of life. **Development & Behavioral Pediatrics**, v. 26, n. 3, p. 194-200, 2005.

MIROCHNICK, M. et al. Relation between meconium concentration of the cocaine metabolite benzoylecgonine and fetal growth. **Journal of Pediatrics**, v. 126, n. 4, p. 636-638, 1995.

MITSUHIRO, S. S. et al. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtorno psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 122-125, 2006.

MOFENSON, H. C.; CARACCIO, T. R. Cocaine. **Pediatric Annals**, v. 16, p. 864-874, 1987.

RAYBURN, W. F.; BOGENSCHUTZ, M. P. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 191, n. 6, p. 1885-1897, 2004.

RODIER, P. M. Environmental causes of central nervous system maldevelopment. **Pediatrics**, v. 113, n. 4, p. 1076-1083, 2004.

ROTTA, N. T.; CUNHA, G. B. Exposição pré-natal á cocaína: revisão dos efeitos neurocomportamentais. **Jornal de Pediatria**, v. 76, p. 179-184, 2000.

SCHILLER, C.; ALLEN, P. J. Follow-up of infants prenatally exposed to cocaine. **Pediatric Nursing**, v. 31, n. 5, p. 427-436, 2005.

SHEINKOPE, S. J. et al. Interactions between maternal characteristics and neonatal behavior in the prediction of parenting stress and perception of infant temperament. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 31, p. 27-40, 2006.

SINGER, L. T. et al. Neurobehavioral outcomes of cocaine-exposed infants. **Neurotoxicology and Teratology**, v. 22, n. 5, p. 653-666, 2000.

SAMHSA, U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). **Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-30, DHHS Publication No. SMA 06-4194)**. Rockville: SAMHSA; 2006. Disponível em: <<http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k5NSDUH/2k5results.htm>>.

SZETO, H. H. Maternal-fetal pharmacokinetics and fetal dose-response relationships. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 562, p. 42-55, 1989.

TRONICK, E. Z. et al. Cocaine exposure is associated with subtle compromises of infants' and mothers' social-emotional behavior and dyadic features of their interaction in the face-to-face still-face paradigm. **Developmental Psychology**, v. 41, n. 5, p. 711-722, 2005.

## ***Ameaça, drogadição e questão social - rebatimentos posteriores a fragilidades na primeira infância***

***Perspectiva do Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes  
Ameaçados de Morte do Distrito Federal (PPCAAM-DF)***

***Rosane Albuquerque***

---

### ***Apresentação***

O artigo em tela tem o intento de discorrer sobre a relação entre a ameaça de morte a crianças e adolescentes no Distrito Federal e a drogadição, bem como sobre reflexos das fragilidades e ausências na primeira infância que impactam a adolescência. Ainda, como o percurso da ameaça de morte está diretamente ligado às expressões da questão social e ao fenômeno da exclusão socioeconômica na sociedade contemporânea, também sobre essas categorias se embasará e correlacionará o tema sobredito.

No ano de 2003, por iniciativa do Governo Federal foi criado o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM, em parceria com organizações da sociedade civil, com o objetivo de reduzir os altos índices de mortes violentas desta faixa etária, promovendo a proteção à vida, na perspectiva e égide dos Direitos Humanos.

Sobre os sujeitos do referido programa, em uma perspectiva social de suas trajetórias e possibilidades, nas relações históricas de garantias de direitos que lhes foram, ou não, concedidas, também se estabelecerá o presente artigo.

### ***Ameaça, drogadição e questão social - rebatimentos posteriores à fragilidades na primeira infância***

No ano de 2007, o decreto presidencial 6.231 foi editado, enquanto marco balizador da execução do Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM em todo o país. No Distrito Federal, o PPCAAM passou a ser executado a partir do ano de 2008, por meio de conveniamento entre a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e a Agência para o Desenvolvimento Social e Humano – Valor Cultural.

Desde o início da execução do PPCAAM no Distrito Federal, em fevereiro de 2008, até maio de 2012, a equipe interdisciplinar do programa já realizou 211 entrevistas de avaliação. Todas as solicitações de avaliação foram de possíveis situações de ameaças de morte dirigidas a crianças e adolescentes, advindas das portas de entrada no programa – Poder Judiciário, Conselho Tutelar e Ministério Público, conforme prerroga o decreto 6.231/2007.

Do período de fevereiro de 2008 a julho de 2012, o PPCAAM-DF já protegeu 182 pessoas, incluindo crianças, adolescentes e seus familiares, retirando-os de suas regiões de risco e ameaça e inserindo-os em uma nova região de moradia, na perspectiva da promoção da proteção integral, visando a uma (re)inserção social segura nessas novas regiões.

Em um cenário nacional, nas 11 Unidades da Federação nas quais é executado o PPCAAM, não diferentemente do Distrito Federal, expressivo e maior é o número de crianças e adolescentes que tiveram o seu ingresso no Programa de Proteção ensejado pela relação com a drogadição, quer seja pelo uso abusivo da droga (gerando a dívida) quer seja pelo aliciamento por traficantes (inserção em cargos), quer seja por se tornar testemunha ocular de homicídios (de outros devedores) ou por desistência, por não mais participar do contexto do tráfico (delação de grupos).

Os dados que evidenciam este cenário são crescentes entre os anos de 2006 (ainda com a existência de 4 programas estaduais – MG, ES, SP e RJ) e 2010 (já com 11 programas estaduais em execução – MG, ES, SP, RJ, PA, PE, DF, AL, RS, BA e PR), conforme dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR, 2010): em 2006, das 401 crianças e adolescentes incluídos no PPCAAM, 244 tiveram as suas ameaças relacionadas com o contexto da drogadição; em 2007, das 440 crianças e adolescentes incluídos, 265 tinham a mesma relação; no ano de 2008, das 638 crianças e adolescentes incluídos, 404 tiveram as suas vidas ameaçadas pelo vínculo com as drogas; no ano de 2009, das 563 crianças e adolescentes incluídos, 323 tiveram como motivação de seus ingressos a conexão com a droga, e por fim, entre janeiro e agosto de 2010, das 393 crianças e adolescentes incluídos, 224 tinham a mesma relação com a drogadição e/ou o tráfico.

Ao se estabelecer e traçar o contexto de vida das crianças e adolescentes incluídos no PPCAAM-DF, notórias apresentam-se em suas trajetórias situações socioeconômicas precarizadas e que foram diretamente afetadas pela ausência de políticas públicas anteriores ao seu ingresso no Programa de Proteção, sendo a ameaça de morte uma culminância de várias outras violências, perpetradas pela sociedade, pela própria família e pelo Estado, este último, mormente, ao

passo em que invisibilizou historicamente tais crianças e adolescentes. Apenas recentemente - há 22 anos - crianças e adolescentes foram incluídos no bojo legal do campo do reconhecimento enquanto sujeitos de direitos, com a lei 8.069/90, uma conquista da sociedade civil e de movimentos sociais, que encamparam e buscaram a efetivação de tal agenda.

Dantes, a perspectiva sobre a infância e adolescência era estigmatizadora e calçada por bases positivistas, repressoras e de controle – conceituando a criança e o adolescente como menor – com a concepção de transgressor, sobretudo e especificamente com a criança e o adolescente pauperizado, conforme dispunha o Código de Menores de 1927 e 1979.

Ao citar a infância neste contexto, cumpre informar a constatação cotidiana na atuação da equipe do PPCAAM-DF com crianças e adolescentes atendidos: a relevante fragilidade no exercício das funções e papéis parentais primários, exercidos no período da primeira infância e em períodos posteriores, que desencadeiam multifatorialmente contextos de violências, negligências, abandonos, até finalmente desencadear um processo mais agravado de desproteção da própria vida.

Os papéis parentais exercidos pelos familiares durante a fase da primeira infância apontam, quase que determinadamente, para trama social a qual se submeterão crianças e adolescentes na construção de seus vínculos relacionais futuros, que perpassam espaços de convivência relevantes como a escola e a comunidade.

Informações sobre a vida de crianças e adolescentes, sobretudo se estão envolvidas em algum contexto de risco de morte, são ignoradas pelos seus pares familiares, relevantemente quando a desproteção vem desde a infância, quiçá desde o período gestacional. Importante destacar, conforme a experiência do Programa de Proteção, o quão marcadamente o perfil sobredito se apresenta para as crianças e adolescentes que já estão implicados em contextos de vulnerabilidades sociais e econômicas, bem como de desproteção não só da família, mas como acima já citado, do Estado e da sociedade.

Quando crianças e adolescente chegam a ser incluídos no PPCAAM-DF é porque já passaram por várias outras violações de seus direitos, já se submeteram a todos os outros riscos, já foram invisibilizados.

Quanto às expressões da questão social ao público atendido pelo PPCAAM-DF, elas tornam-se ainda mais agudizadas quando se colocam (frequentemente) aliadas com a pobreza;

com o não acesso à escolarização; com o desemprego do grupo familiar; com a falta de moradia digna e de qualidade; com a precarização do acesso à saúde; com a exclusão de processos participativos e de cidadania e por fim, com a ausência permanente de provimento material-econômico (e também afetivo nas redes primárias familiares – o que se dá transgeracionalmente) aos quais tais sujeitos foram submetidos, reflexo de uma contemporânea e pretérita sociedade capitalista de bases desiguais, que exclui de pertença e de identidade indivíduos que não se apresentam enquanto consumidores de produtos e bens exaustivamente propagados como necessários e imprescindíveis para produção e reprodução da sociedade e da própria vida humana.

Assim, nesse quadro de exclusão pelas várias manifestações da questão social e pela ausência ou fragilidade de políticas públicas específicas e efetivas voltadas a crianças e adolescentes, torna-se aparente a inclusão imediata para tais sujeitos (por os transformar rapidamente em consumidores de uma economia capitalista e os inserir em grupos sociais), quando são aliciados e captados para e pelo universo da drogadição, quer seja pela via do uso abusivo ou pela via da comercialização, com “retornos” financeiros de tais práticas.

Tal contexto, na maioria das vezes, leva crianças e adolescentes a situações diversas que trazem danos às suas vidas, em menor ou maior proporção, ao que se pode elencar: precoce dependência das drogas, com agravamento da saúde; cometimento de atos infracionais para manutenção da dependência, com o aumento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas; ingresso em um contexto de exploração sexual, com a troca do sexo por drogas; a ameaça de morte – objeto de intervenção do PPCAAM; e por fim, a própria morte, precocemente, de forma violenta, que atesta, pelos altos índices de homicídios nessa faixa etária no país, falhas anteriores na concepção e consecução de políticas eficientes que garantam o direito maior de qualquer cidadão – o direito à vida.

Segundo Marx (2004), “com a valorização do mundo das coisas, aumenta em razão indireta a desvalorização do mundo humano”, o que é possível deslocar, enquanto constatação contemporânea, para a vida cotidiana societária.

Desde as últimas décadas, a realidade brasileira é marcada por altos índices de violência, especialmente entre os jovens. Segundo dados do Mapa da Violência (WASELFISZ, 2012), “a morte de jovens até 19 anos cresceu 376%, desde a década de 80 até o ano de 2010. A taxa de homicídios entre os jovens de 15 a 24 anos passou de 30 a cada 100 mil em 1980 para 50,1 a cada 100 mil em 2007”.

Esses dados indicam o crescimento da violência letal na população jovem brasileira. Em decorrência desses altos índices, o Brasil foi incluído no ranking de países com maior taxa de mortes violentas entre jovens – quarto lugar. Mais crianças, adolescentes e jovens são assassinados no Brasil do que em países como Colômbia, África do Sul, México, Israel e Egito. Ainda, segundo dados do mesmo Mapa, entre 1980 e 2010 morreram assassinadas 3,1 crianças e adolescentes em cada 100 mil, total que alcançou 13,8 casos por 100 mil em 2010.

O Índice de Homicídios na Adolescência - IHA (SDH/PR, 2011) apresenta a seguinte estimativa: “no período de 2008 a 2014, se as condições da realidade brasileira não mudarem em municípios com número superior a 100 mil habitantes, mais de 32 mil adolescentes morrerão em consequência da violência letal. Assim, os brasileiros adolescentes e jovens têm 170% mais chances de morrerem precocemente do que os outros brasileiros fora desta faixa”.

No Distrito Federal, segundo dados do IBGE (2010), crianças e adolescentes compõem uma parcela de 28% da população, sendo que crianças representam 18,6%. Ainda, para o Distrito Federal, âmbito de atuação do PPCAAM-DF, segundo estimativas do IHA (2008), prevê-se que ocorrerão cerca de 866 mortes entre adolescentes de 12 a 18 anos entre os anos de 2008 e 2012.

Por todos esses dados, não é possível desassociar o fenômeno da letalidade contra crianças e adolescentes e a questão social e ainda deixar de traçar uma perspectiva histórica de tais sujeitos, que foram durante séculos invisibilizados e vitimizados. Bem como não é possível desassociar as ausências nas redes primárias (família) e secundárias (Estado e sociedade) de crianças na faixa etária da primeira infância que não impactem de maneira futura a vida e trajetória de adolescentes e jovens.

Assim, evidencia-se, portanto, a emergência de ações de cunho preventivo, que alcancem as necessidades da infância, adolescência e juventude, bem como de suas famílias, antes que a proteção venha a ser promovida por meio de programas de proteção em todo o país, quando já estão instaladas situações mais complexas de violações, que se referem à especificidade da ameaça de morte, em sua maioria, ensejada pela relação com as drogas, impedindo que crianças, adolescentes e jovens alcancem uma estimativa de chegada até a idade adulta, com a privação do direito à vida.

***Referências bibliográficas***

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8.069/90. Brasília: CONANDA, 2010.

MARX, Karl. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo, 2004.

PASTORINI, Alejandra. A categoria “questão social” em debate. São Paulo: Cortez, 2012.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA/ UNICEF/ OBSERVATÓRIO DE FAVELAS. Homicídios na adolescência no Brasil: IHA 2008. Brasília, 2011.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. PPCAAM: Programa de proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte. Brasília, 2010.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2011. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

\_\_\_\_\_. Mapa da violência 2011. Os jovens do Brasil. Brasília: Ministério da Justiça; Instituto Sangari, 2011.

\_\_\_\_\_. Mapa da violência 2012. Crianças e Adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012.

## ***Uma rede nacional e um plano nacional pela primeira infância: inovação brasileira***

*Vital Didonet*

---

### ***Introdução***

Nos últimos trinta anos foram feitos grandes progressos no atendimento da criança pequena no Brasil. De forma resumida, podemos assinalar os quatro fundamentais, que encaminham ações em diferentes direitos:

- (a) O reconhecimento da criança como sujeito de direitos e cidadã desde o nascimento;
- (b) A elaboração, com ampla participação social, e aprovação de um ordenamento jurídico que define os direitos da criança e o dever do Estado, da família e da sociedade em atendê-los com absoluta prioridade. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente são os dois documentos mais importantes e abrangentes desse quadro de normas legais;
- (c) A elaboração de políticas públicas de saúde, educação, desenvolvimento social, cultura, direitos humanos, convivência familiar e comunitária etc.;
- (d) A formulação e aplicação de planos e programas nacionais nestas áreas, bem como de planos e programas estaduais e municipais, em um modelo federativo que é orientado por dois princípios: a *descentralização*, com autonomia dos diferentes entes federados (Estados, Distrito Federal e Municípios), e a colaboração entre os entes federados.

No entanto, longe estamos de que os direitos constantes da Convenção dos Direitos da Criança, da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente sejam atendidos na sua totalidade e incluam todas as crianças. Estas não são prioridade nos orçamentos públicos e, muito menos, prioridade absoluta na vida prática da sociedade e dos governos. Embora seja importante que a Constituição tenha afirmado essa prioridade para os direitos da criança e que o ECA tenha definido como e em que ela se aplica (<sup>1</sup>), não basta que estejam escritos nos documentos legais mais importantes do País. Enquanto essa compreensão não penetrar na

---

<sup>1</sup> *Constituição Federal, art. 227 e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), art. 4º.*

consciência social e não fizer parte do pensamento e da atitude de cada pessoa, das famílias, das autoridades que ocupam cargos de decisão no governo, tanto na administração pública quanto na política, os textos da lei tendem a ficar nas letras, ausentes da vida.

É importante, por isso, não contentar-se com as conquistas no quadro jurídico e na elaboração de políticas e lançamento de planos de governo, mas continuar trabalhando:

- (a) Na formação da consciência social sobre a criança;
- (b) Na vigilância sobre o cumprimento dos direitos e sobre situações em que eles são lesados;
- (c) No acompanhamento, controle e aperfeiçoamento da ação governamental para que as crianças sejam prioridade absoluta e para que as políticas sociais e os planos governamentais sejam cumpridos e sejam mais adequados às necessidades.

É necessário, também, velar para que no seio da sociedade, nos meios de comunicação e na formulação das leis não haja retrocesso. E engajar-se em movimentos e ações que propõem novas leis, políticas e programas para direitos que estejam sendo violados ou inadequadamente atendidos.

O sistema de garantia de direitos, a vigilância e atuação de organizações da sociedade civil e os quadros técnicos do governo são decisivos nessas responsabilidades. Uma nova realidade surgiu em 2007: uma rede de organizações e de redes voltadas, exclusiva ou inclusivamente, aos direitos da criança no período da primeira infância, para debruçar-se sobre essas e outras questões e contribuir técnica, social e politicamente no seu encaminhamento.

## *I – A Rede Nacional Primeira Infância - RNPI*

### **1. Significado e importância de redes de organizações**

A formação de redes é um fenômeno moderno, amplamente facilitado pela internet e pela tecnologia da informação e da comunicação. As redes de organizações aumentam as forças de cada membro, reúnem conhecimentos, acumulam experiências e põem em marcha demandas compartilhadas.

Existem milhares de organizações no Brasil, governamentais e não governamentais, que têm por objetivo o cumprimento dos direitos da criança. Porém, a maioria atua de forma inde-

pendente ou com limitadas articulações institucionais. Além dessas, existem centenas de organizações que, mesmo tendo uma missão mais ampla, atuam em um ou outro direito específico da criança. Ao articular-se em rede, com um propósito comum, e começar a defender em conjunto algumas causas, ganha o país e ganham as crianças. O país, porque, sendo instado a atender os direitos da criança com prioridade, integralidade e mais celeridade, se torna mais justo e equânime com suas crianças, além de promover um desenvolvimento social mais estável. E as crianças ganham porque têm, na rede, uma estrutura ampla e diversificada zelando pelos seus direitos. Quanto maior a capilaridade da rede e mais diversificado o leque de organizações que a compõem, mais possibilidade ela tem de cuidar de todos os direitos em todos os momentos e em qualquer ambiente e lugar.

## **2. A formação da Rede Nacional Primeira Infância - RNPI**

A RNPI é um conjunto de organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que têm a missão de defender e promover os direitos da criança de até seis anos de idade. A adesão de um novo membro é voluntária e depende de que seu pedido de participação seja aprovado pelos membros atuais.

Começamos a formar a Rede Nacional Primeira Infância em 2006, e sua criação formal aconteceu no dia 16 de março de 2007, com a aprovação da Carta de Princípios. No início, reuniram-se dezessete Organizações, e a ideia era formar um núcleo nacional de articulação pela primeira infância para debater os problemas que a afetam e propor ações ao governo para implementar as políticas públicas para as crianças. Já nos primeiros momentos percebeu-se que um núcleo de organizações não corresponderia à necessidade nem se coadunava com a estratégia moderna de trabalhar com questões tão complexas. *Núcleo* expressa centralização, comando a partir de cima, hierarquia ou grupo privilegiado pela posse de informação, capacidade de decisão e ação. A forma mais eficaz seria uma rede de organizações, sem hierarquia, democrática, aberta, dinâmica, flexível, unida pelo compromisso com a criança. E assim, no decorrer de alguns meses “buscando o modelo” de organização, chegamos ao conceito de rede como um mecanismo de “estar juntos” por uma causa comum.

As estratégias utilizadas para iniciar a construção dessa rede foram:

- (a) Elaboração de um documento com a análise da situação da primeira infância no país;
- (b) Identificação de atores-chave na área da primeira infância no Brasil, com experiência nacional reconhecida, solicitando indicação de organizações governamentais e não go-

- vernamentais expressivas nos diversos setores da atenção à criança;
- (c) Visita a organizações do governo, da sociedade civil, a centros de pesquisa, a universidades, a organismos internacionais que atuam na área da criança e convite para formar uma articulação e coordenação pela primeira infância.

No início, houve dificuldades, que foram sendo superadas. Entre elas:

- (a) Recursos financeiros muito reduzidos para fazer reuniões, que implicavam viagens, hospedagem e infraestrutura. Havia que contar também com as disponibilidades das instituições e colaborações locais;
- (b) Intensa ocupação dos atores-chave e dos dirigentes ou técnicos das organizações para encontrar datas de reuniões compatíveis com as agendas de cada uma;
- (c) Necessidade de trabalhar a distância, comunicando-se pela internet, na preparação dos documentos, a fim de que as reuniões fossem bastante produtivas.

Estava claro para todos que se tratava de um trabalho voluntário e que a rede não seria uma fonte de recursos financeiros para seus integrantes. A troca de ideias e o trabalho de construção da rede ensinaram o significado de “estar junto” com cada organização (guardando sua identidade e especificidade), com todas articuladas por um elo de compromisso com os direitos da criança. Foi fácil perceber o potencial de fortalecimento que o fato de atuar em rede iria gerar para as organizações que dela fariam parte.

Desde o começo houve entusiasmo e expectativa na força coletiva. As organizações que atuam na primeira infância no Brasil têm, em geral, uma percepção nítida, construída em anos de experiência, de que além da competência técnica e da habilidade política, o idealismo e a dedicação são molas propulsoras do trabalho e que os resultados estão diretamente relacionados a esses valores.

A missão da Rede Nacional Primeira Infância, definida por sua Carta de Princípios, é: *“Fomentar a elaboração, o aprimoramento e integração das políticas nacionais para as crianças até seis anos de idade, monitorando e avaliando sua implementação. Além disso, a Rede consolida e dissemina informações e referências sobre as temáticas desta faixa etária, bem como organizações de mobilização social e políticas para a realização de suas propostas”*.

À função principal, de desenvolver, em conjunto, um objetivo comum, somam-se as de (a) ajudar as organizações a interagirem e (b) concentrar apoio a iniciativas individuais. Essa alian-

ça potencializa a força e a presença política, social e técnica de seus vários membros.

Os princípios que a RNPI defende, e com os quais as organizações que dela façam parte devem comprometer-se, são:

- *A primeira infância é fundamental para o desenvolvimento humano. O que for feito em prol da criança nesta fase da vida tem impacto em seu desenvolvimento e na situação social e econômica do pai;*
- *A criança é um sujeito de direitos (não objeto de atenção), indivíduo (não massa ou número), único (insubstituível), com valor em si mesmo, e pessoa em condição peculiar de desenvolvimento;*
- *Toda criança deve ser respeitada e valorizada na sua identidade étnico-racial, cultural, de gênero, geográfica e em suas características de desenvolvimento;*
- *Toda criança deve ser considerada na sua integralidade e nas inter-relações que estabelece com as outras pessoas e com o ambiente;*
- *O atendimento à primeira infância deve ser tratado pelas políticas públicas de forma diferenciada, por meio do financiamento de uma matriz de serviços de proteção e cuidado, saúde e nutrição, educação, cultura e lazer, água potável, habitação, saneamento básico, meio ambiente e segurança, que garantam qualidade de vida à criança;*
- *A família (e, no caso de sua ausência, os cuidadores) são essenciais para a criação de vínculos afetivos e sociais da criança, que são fundamentais para o seu desenvolvimento;*
- *Toda criança deve ser protegida de qualquer forma de violência.*

A RNPI não tem personalidade jurídica. Portanto, não é uma ONG nem uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Social) no sentido formal. No entanto, seu nome é registrado no cartório de marcas, para evitar criação de outra organização com o mesmo nome e causar confusão no meio em que atua.

### **3. Estrutura da Rede**

- (a) Assembleia Geral;*
- (b) Grupo Gestor;*
- (c) Secretaria Executiva;*
- (d) Grupos de Trabalho.*

A *Assembleia Geral*, órgão máximo de decisão, é formada por todas as organizações que a

compõem. A Assembleia aprova as políticas e linhas de ação, os relatórios anuais e as contas, apresentadas pela Secretaria Executiva e sugere políticas públicas para a primeira infância no país.

O *Grupo Gestor* é constituído de doze organizações eleitas por um período de dois anos. Sua finalidade é acompanhar as políticas públicas na área da primeira infância, apoiar os trabalhos da Secretaria Executiva, estimular o debate sobre temas de interesse da Rede, deliberar sobre estratégias de articulação nacional, criar e manter o plano de sustentabilidade da Rede.

A *Secretaria Executiva* é exercida por uma organização eleita pela Assembleia Geral para um mandato de dois anos. Suas funções são: elaborar o plano de trabalho anual da Rede e apresentá-lo à Assembleia, elaborar projetos para captação de recursos financeiros para os projetos de trabalho, criar mecanismos de comunicação interna e externa da Rede, cumprir as deliberações da Assembleia e do Grupo Gestor, divulgar as realizações das organizações que integram a Rede, manter atualizada a página web, organizar e coordenar as reuniões do Grupo Gestor e da Assembleia Geral.

Os *Grupos de Trabalho* são criados para realizar atividades específicas do plano de trabalho ou atender a demandas que apareçam no decorrer do ano, atender a um interesse específico de alguma organização membro que seja considerado relevante pela Rede. Na Assembleia Geral de 2010, após o debate e aprovação do Plano Estratégico da RNPI, foram criados cinco GT, um para cada objetivo estratégico. Os Grupos definem seus planos de trabalho e atuam com autonomia, sob a coordenação geral da Secretaria Executiva, partilhando com toda a Rede seus estudos, propostas ou conclusões.

São os seguintes os objetivos estratégicos: (a) propor estratégias para a elaboração dos Planos Estaduais e Municipais pela Primeira Infância; (b) trabalhar pela aprovação do PNPI pelo Poder Legislativo e sua implementação pelo governo federal; (c) prosseguir no fortalecimento da RNPI, alcançando sempre maior abrangência, amplitude territorial e representação da diversidade nacional; (d) participar de ações atinentes à primeira infância no Congresso Nacional e no Poder Executivo Federal.

#### **4. Sustentabilidade**

A Rede não recebe contribuição financeira de seus membros, nem apoia com recursos financeiros as organizações que as integram. A Secretaria Executiva pode encaminhar projetos

de uma ou outra organização a instituições financiadoras, empenhando-se pela sua aprovação, mas essa não é uma obrigação ou atividade prioritária. A Secretaria, orientada pelo Grupo Gestor, deve elaborar projetos que, aprovados pela Assembleia Geral ou pelo próprio grupo de gestão, são apresentados a potenciais financiadores e organizações que se interessem pelas atividades da Rede. Seu orçamento, portanto, é administrado por ela - em última análise, pela organização que exerce o mandato de Secretaria Executiva.

## **5. Ingresso na Rede**

Qualquer associação, instituição ou organização, pública ou privada, governamental ou não governamental pode apresentar pedido de inclusão na Rede ou ser indicada por uma organização membro.

O grupo inicial foi formado por 17 organizações; neste momento, 120 já fazem parte da Rede. A relação se encontra no site da RNPI ([www.primeriainfancia.org.br](http://www.primeriainfancia.org.br)).

Em síntese, a RNPI é uma rede interorganizacional com características virtuais e reais, técnicas e sociais. Virtuais, porque, nas distâncias geográficas do imenso território brasileiro, as organizações se comunicam, interatuam e se enriquecem mutuamente por meio da comunicação eletrônica. Reais, porque, por meio de reuniões, em especial da Assembleia Geral e dos Grupos de Trabalho, têm contato presencial e desenvolvem atividades em conjunto, como mobilização social em prol de alguma ideia, de uma política ou de um projeto que melhore as condições de vida das crianças. Isso se traduz em apoio político e técnico a assuntos de interesse da primeira infância. As *características técnicas* da Rede derivam da experiência e especialidade de seus diferentes membros e da capacidade de reunir o conhecimento mais avançado que cada uma delas possui. As *características sociais* se expressam no trabalho da Rede na sociedade para gerar uma política social mais justa para as crianças.

A ideia mais empolgante que a Rede teve, e que a mobilizou durante dois anos - e ainda constitui seu trabalho mais importante -, foi a elaboração de um plano nacional pela primeira infância que abrangesse todos os direitos da criança de até seis anos, de longa duração, e que se constituísse em um plano de Estado. Essa ação tem características originais que a situam além da Rede: no meio da sociedade.

## II – Plano Nacional Pela Primeira Infância - PNPI

### 1. Participação da sociedade na formulação de políticas e planos sobre os direitos da criança

A Constituição Federal confere à sociedade o direito de participar, por meio de suas organizações representativas, da elaboração das políticas e programas de atenção aos direitos da criança e do adolescente <sup>(2)</sup>. Esse princípio, que amplia o caminho para o exercício da democracia participativa nessa área, não é simples nem fácil de ser cumprido, seja pelo governo, seja pela própria sociedade. Pelo governo, porque implica disposição para o diálogo, respeito à diversidade de visões, atitude de cooperação e competência técnica para articular e harmonizar a complexa participação. Pela sociedade, porque requer dedicação, disponibilidade, voluntariado, competência técnica e abertura para o diálogo em um ambiente de pluralidade de visões, de diversidade de concepções.

O princípio da participação conferiu legitimidade à iniciativa da RNPI de elaborar um Plano Nacional, articulando as várias políticas e planos setoriais voltados à criança pequena, e entregá-lo ao Governo como proposta de ações a serem realizadas em um período de dez anos. Duas outras características da RNPI agregam valor e asseguram maior trânsito para essa ação: a Rede tem, entre seus membros, órgãos governamentais de setores diretamente envolvidos no atendimento da criança <sup>(3)</sup> e dela também faz parte, como órgão fundador, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, que tem a competência legal de “I - elaborar as normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizando as ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nos art. 87 e 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990; II - zelar pela aplicação da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente...” <sup>(4)</sup>.

### 2. As razões do Plano Nacional pela Primeira Infância

Nos últimos trinta anos houve grandes avanços na ação do Estado brasileiro para com suas crianças. Entre os itens que descrevem esse progresso, podemos citar: (a) o reconhecimento delas como cidadãs, sujeitos de direitos; (b) a construção do conceito de desenvolvimento integral

---

<sup>2</sup> Constituição da República Federativa do Brasil, art. 227, § 7º e art. 204, II. E também, Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), art. 88, II e VII.

<sup>3</sup> Neste momento fazem parte da Rede os Ministérios da Educação, da Saúde e do Desenvolvimento Social e as Secretarias de Direitos Humanos e de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

<sup>4</sup> Lei nº 8.242/1991, art. 2º.

de todas as crianças, superando a antiga dicotomia criança x menor, e o estigma das crianças das classes subalternizadas como dignas de assistencialismo e correção; (c) a formulação de políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente com ampla participação da sociedade; (d) implementação de planos de atendimento em diferentes setores, gerando maior atenção a seus direitos.

Hoje, nós temos, no Brasil, um arcabouço jurídico bem construído, um sistema de garantia de direitos da criança cada vez mais operativo, políticas e planos setoriais, decenais e planos de menor duração em várias áreas, recursos financeiros com destinação específica para a infância e também programas dirigidos para direitos específicos que necessitam de atenção mais urgente.

No entanto, existem vazios ou insuficiências nas políticas públicas para a primeira infância. Isso explica por que o panorama de vida e desenvolvimento das crianças menores é precário e, em algumas regiões, dramático, que exige ações que não podem ser adiadas <sup>(5)</sup>. Muitas decisões e planos não têm continuidade ou têm cobertura insuficiente para atender toda a demanda ou assegurar o pleno cumprimento dos direitos. Muitas crianças ficam à margem da rede de proteção. Os recursos financeiros não correspondem às necessidades, e sua distribuição, no orçamento, está submetida, em grande parte, a forças de pressão de outros setores ou períodos da vida humana, com maior poder político. Nesse jogo de forças, é, ainda, fraco o critério de prioridade absoluta, determinada pela Constituição Federal, dos direitos da criança e do adolescente. Em decorrência disso, alguns direitos não são atendidos, as desigualdades regionais continuam extremas, nas regiões de pobreza o sofrimento das crianças é gritante. Alguns problemas exigem solução imediata do governo.

Faltam, além disso, outras três coisas decisivas: (a) um eixo articulador dos setores e das diferentes políticas, dos planos e ações setoriais; (b) uma visão de longo prazo dos objetivos e metas; (c) um empenho maior para assegurar cuidado e educação às crianças de até seis anos de idade, com um nível de atenção mais justo e equitativo.

Para superar essa situação, a RNPI decidiu elaborar uma proposta de Plano Nacional pela Primeira Infância, com os seguintes objetivos:

---

<sup>5</sup> O Programa Brasil Carinhoso é uma nova iniciativa do governo federal, a ser implementada com os estaduais e municipais, para superar a vulnerabilidade das crianças mais pobres. Seu foco está concentrado nas crianças das famílias de renda mais baixa, com ações integradas de saúde, assistência, alimentação e nutrição, educação infantil.

- (a) Articular as políticas, os planos e programas ao redor do eixo: visão integral da criança cidadã, sujeito de direitos;
- (b) Dar às políticas, aos planos e programas horizonte temporal mais extenso, estabelecendo metas de longo prazo e estratégia adicional de continuidade na troca de governos;
- (c) Complementar os objetivos e metas dos planos existentes e preencher os vazios nas políticas atuais em relação a alguns direitos “novos” ou de menor visibilidade;
- (d) Garantir a efetiva prioridade dos direitos da criança, pondo atenção na primeira infância como tema nacional;
- (e) Guindar o Plano Nacional pela Primeira Infância ao status de lei federal, mediante sua aprovação pelo Congresso Nacional;
- (f) Induzir a elaboração de planos estaduais e municipais, em consonância com o Plano Nacional, para realizar uma ação articulada e conjunta e corresponsabilidade no atendimento integral dos direitos da criança, segundo os princípios da descentralização político-administrativa da República Federativa do Brasil e do regime de colaboração entre os Estados Federados (Governo Federal, Estados, Distrito Federal e Municípios).

### 3. Etapas da construção do Plano

A Assembleia da RNPI designou um especialista, dentre seus quadros, para coordenar a elaboração, propor a estrutura do Plano e as etapas de trabalho e apresentar um esboço do conteúdo. Em sessões seguintes foram debatidas, aperfeiçoadas e aprovadas as etapas e as formas de participação. Constituíram-se grupos de organizações e especialistas por temas de interesse e expertises para redigir os capítulos das ações finalísticas e se definiu a forma de produzirem os textos. Foi aprovada também a realização de audiências públicas, na fase das contribuições externas.

#### Etapas do processo:

*1ª - Elaboração interna na Rede*, pelas organizações que a constituem, em equipes segundo suas respectivas competências. Esse trabalho demandou bastante tempo, exigiu reuniões, troca de ideias e contribuições pela internet, conversas online e sucessivas revisões. Na medida em que o trabalho evoluía, novos temas surgiam e se erigiam como novos capítulos. Alguns capítulos, que no início tinham um foco específico, eram ampliados para abranger questões correlatas. A articulação entre os temas e seus respectivos capítulos era feita sob a atenção especial do coordenador geral, visando assegurar o princípio da integração das ações e da articulação institucional na sua execução;

**2ª - Participação da sociedade, de forma aberta:** o texto preliminar do Plano foi posto no site da Rede, com ampla convocação à participação social, incentivada pela ANDI - Agência de Notícias dos Direitos da Criança, também membro da Rede. As sugestões podiam ser encaminhadas ao coordenador, inseridas na página web da RNPI ou apresentadas em reuniões de estudo. Outra forma de participação foram as audiências públicas organizadas pela Secretaria Executiva e por organizações da Rede, para debater temas específicos. Houve uma em Brasília, duas no Rio de Janeiro, uma em São Paulo e uma em Fortaleza, das quais participaram associações locais, organizações e redes temáticas, pesquisadores, especialistas e público em geral. Alguns especialistas foram consultados sobre questões que requeriam um olhar mais aprofundado e uma fundamentação maior. As novas sugestões eram enviadas às equipes de trabalho do capítulo ao qual se referiam, para que as analisassem e, se aprovadas, as incorporassem ao texto. Muitas contribuições externas chegaram de instituições e de especialistas, de técnicos e profissionais que traziam o olhar de sua experiência no campo;

**3ª - Incorporação das sugestões recebidas dessas diferentes fontes em um novo texto.** Esse trabalho era feito de forma permanente. Cada alteração acatada era enviada à Rede, pedindo-se especial atenção das equipes responsáveis pelo respectivo tema. Assim, tivemos várias rodadas de análise e contribuições internas na Rede, em função das opiniões, sugestões e propostas recebidas da sociedade, das instituições e das pessoas consultadas. Finalmente, o texto foi finalizado, para ser submetido à Assembleia Geral;

**4ª - Aprovação do texto final pela Assembleia da RNPI.** Em duas oportunidades, ela apresentou análises e sugestões de aperfeiçoamento do texto. Após debates e ajustes, o plano foi aprovado;

**5ª - Apresentação e debate do texto do Plano com o CONANDA e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.** Houve quatro oportunidades de encontro entre a Secretaria Executiva da RNPI e o CONANDA. No primeiro, com a presidente, o coordenador geral e os coordenadores das Comissões, em que foi feita uma apresentação geral do Plano (objetivos, conteúdo e estratégia de elaboração). Como o Plano estava em consulta pública (2ª etapa de sua elaboração), alguns membros do CONANDA já o haviam analisado. Ficou acertada, nesse momento, uma interação maior entre aquele Conselho e a Rede em torno do Plano. Houve, posteriormente, uma reunião da Secretaria Executiva da RNPI com a Comissão de Políticas Públicas do CONANDA, para nova apresentação, com maior tempo e detalhamento. Outra oportunidade foi a reunião com o novo presidente do CONANDA e sua

coordenadora geral, em que ficou combinada nova apresentação do Plano à Comissão de Políticas Públicas. Nessa ocasião, a coordenadora da Comissão distribuiu os capítulos do Plano entre os conselheiros membros dessa Comissão para análise e sugestões. No dia 14 de dezembro de 2010, o Plano foi apresentado ao plenário do CONANDA pelo coordenador da Secretaria Executiva, simultaneamente coordenador da elaboração daquele documento. Depois das considerações do presidente, de membros do Conselho e de sua Secretaria Executiva, foi posto em votação e aprovado por unanimidade;

**6ª - Lançamento do Plano.** A Rede realizou um ato solene de lançamento, no auditório da Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-americana de Saúde - OMS/OPAS, em Brasília, do qual participaram dirigentes do Ministério da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social, da Secretaria de Direitos Humanos, da UNESCO, da UNICEF, da OPAS, do Poder Legislativo, do CONANDA e da Campanha Nacional pelo Direito à Educação. Crianças também foram atores desse lançamento: sentaram-se à mesa das autoridades, acompanharam a seção e conversaram com os presentes sobre o Plano na Voz das Crianças (ver item 6, adiante). No final, elas passaram a distribuir o PNPI e o Deixa eu Falar <sup>(6)</sup> aos presentes. O encerramento se deu sob a forma de uma ciranda dos representantes das Organizações da RNPI ao redor do Plano Nacional Primeira Infância disposto no chão do auditório;

**7ª - Acolhimento pelo Governo Federal.** A Ministra da Secretaria de Direitos Humanos - SDH - compareceu à reunião do CONANDA em que o PNPI foi aprovado e manifestou grande satisfação com essa decisão. Cumprimentou aquele Conselho e a RNPI pelo trabalho e expressou seu desejo de, tão logo assumisse a Secretaria (no início de 2011), promover sua implementação, conforme a competência da SDH, de coordenar ações intersetoriais na área dos direitos humanos.

Com esse acolhimento, a etapa prevista pela Rede de tramitação do Plano nos setores do Poder Executivo para eventuais complementações e aperfeiçoamentos e seu posterior envio ao Congresso Nacional, para aprovação por lei federal, se tornou menos relevante e deixou de ser considerada pela Rede. O objetivo final - aprovação e acolhimento pelo Poder Executivo - já havia sido alcançado neste momento.

---

<sup>6</sup> Versão “Criança” do Plano Nacional pela Primeira Infância, constando de falas e desenhos de crianças de três a seis anos sobre os temas abordados pelo Plano, segundo suas percepções e vivências.

#### 4. Características do Plano

Foram definidos os seguintes parâmetros externos do PNPI:

- (a) *Abrangência* de todos os direitos da criança de até seis anos de idade;
- (b) *Descentralização* - um plano nacional é de responsabilidade do Governo Federal, mas deve ser particularizado e complementado em cada estado e município e no Distrito Federal, por meio de planos estaduais, municipais e distrital, conforme as diretrizes do sistema federativo brasileiro;
- (c) *Ampla participação social* na sua elaboração;
- (d) *Longa duração* - pelo menos dez anos, para garantir compromisso de vários governos e continuidade de objetivos e metas. Escolheu-se o ano de 2022 como final, por ser esse o ano do bicentenário da Independência do Brasil, para que a Nação pudesse apresentar, nesse momento histórico, um novo patamar de cumprimento dos direitos da criança;
- (e) *Aprovação pelo Poder Legislativo* para que seja lei. O mesmo se pleiteará sobre os planos estaduais, municipais e distrital. Esse item não foi cumprido porque a aprovação pelo CONANDA e seu imediato acolhimento pela Secretaria de Direitos Humanos já o tornaram plano aprovado pelo governo e posto em execução.

Um Plano pela Primeira Infância com essas características argumenta em favor: (a) da tomada de decisões políticas para o alcance dos seus objetivos e metas; (b) do olhar para os objetivos e metas como referências obrigatórias para a Lei de Diretrizes Orçamentárias (DLO), os Planos Plurianuais (PPA) e os Orçamentos anuais. Adicionalmente, o PNPI pode servir de critério para avaliar as políticas governamentais na área da criança.

#### 5. Princípios gerais de todo o PNPI

- (a) *Criança Sujeito* (não objeto de uma política, objeto de educação, objeto de cuidados, objeto de preocupações...); *Indivíduo* (não número ou estatística fria e impessoal); Único (não substituível); *Pessoa com uma identidade, dignidade e valor em si mesmo, com direito a uma infância plena e feliz*. As inversões financeiras na primeira infância devem ser feitas porque as crianças têm direitos, e não porque vão produzir resultados econômicos futuros (alta taxa de retorno). Este pode ser um argumento importante para justificar essa opção perante outras demandas, porém a razão central é o direito, que exige proteção, promoção e participação para desenvolver suas capacidades e ter uma vida plena;

- (b) *Diversidade étnica, cultural, de gênero, geográfica*, tão expressiva no Brasil e rica em valores, respeitada, acolhida e valorizada como riqueza de nosso povo;
- (c) *Integralidade da criança*. As políticas públicas e os planos governamentais devem visar à integralidade da criança, superando a visão fragmentada das ciências e dos setores da administração pública. A forma administrativa por setores deve ser impregnada de disposição para articulação intersetorial;
- (d) *Inclusão social*. O conceito de sociedade inclusiva implica uma atitude de acolhida e de compreensão de todas as crianças. Independente de qualquer circunstância particular, elas são membros da sociedade, com direito de participar integralmente da vida social;
- (e) *Articulação das ações* dos diferentes Entes Federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), das áreas de governo e articulação do governo e da sociedade para realizar uma atenção global à criança;
- (f) *Prioridade absoluta para os direitos da criança*, tal como estabelece o art. 227 da Constituição Federal e regulamenta o art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente;
- (g) *Responsabilidade da família, da sociedade e do Estado* na realização dos direitos da criança, não cabendo omissão de ninguém;
- (h) *Intercomplementaridade das visões científica, técnica e humanista*.

## 6. Participação das crianças

O direito da criança de participar é uma novidade da Convenção sobre os Direitos da Criança. No entanto, ele tem sido aplicado quase exclusivamente na faixa etária em que as crianças já conseguem emitir opiniões, expressar desejos e fazer opções explícitas. A RNPI aceitou o desafio de dar voz às crianças de três, quatro, cinco e seis anos sobre os assuntos sobre os quais o Plano versava, porque lhes dizem respeito. A presença das crianças dá um rosto humano ao empenho social pelos seus direitos; reveste-o de afetividade. Ao humanizar assim uma ação política dirigida às crianças, se lhe dá um significado além da formal decisão legal ou governamental: mostra-se a profundidade humana de que está revestida. Por isso, valia a pena o desafio.

Assim, na fase elaboração do texto, foi feita uma pesquisa nas regiões do Brasil, com grupos representativos da diversidade da infância. Crianças de quatro, cinco e seis anos de diferentes ambientes foram ouvidas em rodas de conversa, na criação de histórias, em desenhos, dramatizações e diálogos. Elas falaram sobre casa, família, coleguinhas e amigos, brinquedos, violência, saúde, televisão etc. Suas falas foram registradas e serviram de inspiração para os capítulos do Plano.

Depois de concluído o Plano, novos grupos de crianças, de três, quatro, cinco e seis anos conversaram sobre as coisas que nele estava sendo proposto, confrontando-as com suas vidas. Elas disseram como vivem e gostariam de viver, o que precisava mudar e como sonham o mundo para elas e suas famílias. Essas falas e os desenhos foram compilados em um livro infantil para adultos - *Deixa eu Falar* -, que seria “o Plano na voz das crianças”!

## **7. Elaboração dos Planos Estaduais e Municipais pela Primeira Infância**

Em 2012 iniciou-se a mobilização para a elaboração dos planos correspondentes nos Estados e Municípios. O GT desse objetivo estratégico escreveu um guia para a elaboração dos Planos Municipais. A Secretaria Executiva e diversas organizações da Rede estão promovendo reuniões, convocando e mobilizando instituições em municípios para que, nos moldes do nacional, sejam construídos democraticamente e com ampla participação planos municipais abrangentes, de longo prazo, e que se constituam planos de Estado.

## ***Ações políticas para proteger a infância***

*Pedro Simon*

---

O livro que você tem agora em mãos, de certo modo, esboça um painel do que de relevante vem sendo feito no mundo em favor das crianças.

Ao longo de minha atuação como parlamentar, que se estende por mais de 50 anos, percebi um avanço fantástico em relação ao tratamento dado às crianças, seja no âmbito familiar, seja no âmbito público.

Como exemplo de mudança positiva, de uma mudança radical no modo como as sociedades veem as crianças, recordo que, em um passado não tão remoto, filhos eram vistos como mão-de-obra auxiliar. Especialmente nas regiões mais pobres, filhos numerosos significavam mais braços para enfrentar a dura jornada no campo. Hoje no mundo todo existem políticas para acabar com o trabalho infantil.

É importante recordar também que os maus tratos físicos eram corriqueiros. Eram aceitos pela sociedade. Eram vistos como um instrumento de educação. Aliás, crianças eram agredidas na escola pelos professores. E isso, em termos históricos, não faz tanto tempo assim. Agora temos leis que punem com rigor até mesmo pais que agridem seus filhos.

A mudança no modo de encarar as crianças caminhou paralelamente com outros avanços sociais significativos, como, por exemplo, a luta contra o racismo. Ou pela inclusão das mulheres no mercado de trabalho. Ou pelo apoio às pessoas de mais idade ou com algum tipo de deficiência.

Esses progressos decorrem de uma discussão que surge no interior das sociedades. Quando um novo ponto de vista se impõe, ele é confirmado pelas casas legislativas. A função dos ho-

mens públicos é perceber esses avanços sociais e dar efetividade a eles, na lei.

As crianças hoje são consideradas como verdadeiros cidadãos, amparados pela lei como os demais. E os Estados desenvolvem políticas específicas para elas.

No caso específico da violência contra a criança, também as melhorias têm sido significativas. No mundo todo surgem iniciativas para resgatar essas crianças, para protegê-las e para dar a elas um futuro. Sinto que também esta batalha será vencida em um futuro não muito afastado.

Essa é uma questão que sempre me preocupou. Tanto que consegui a aprovação pelo Parlamento brasileiro de uma lei que instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância, que é celebrada anualmente entre os dias 12 e 18 de outubro, com o objetivo de conscientizar a população brasileira sobre a importância do período que vai do nascimento até os seis anos para a formação de um cidadão mais apto à convivência social e à cultura da paz.

Durante a Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância, são desenvolvidas atividades pelo setor público, juntamente com as entidades da sociedade civil, visando ao esclarecimento e à conscientização da comunidade sobre as verdadeiras causas da violência e suas possíveis soluções.

O Brasil melhorou, e melhorou muito, nos últimos 24 anos, em todos os seus indicadores sociais. Houve uma redução realmente significativa no quadro da pobreza e da pobreza extrema em nosso país. E isso, claro, teve reflexos positivos na vida das crianças.

Isso se deve, em grande parte, à nossa Constituição promulgada em 1988. O avanço decorreu de uma ação política. Nesse ponto, é preciso destacar que os benefícios da Previdência Social estabelecidos por aquela Constituição até mesmo para os que não haviam contribuído favoreceram milhões de famílias brasileiras.

Outro aspecto relevante foi a estabilização da moeda nacional a partir do Plano Real, lançado em julho de 1994. Eu destacaria ainda o aumento considerável dos investimentos oficiais em saúde e educação e a entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho.

Recentemente li um estudo do Banco Mundial intitulado “Envelhecendo em um Brasil mais velho”, que aponta, em um de seus parágrafos, o que deve ser feito para melhorar as condições para as crianças:

*Conforme mais recursos por estudante se tornam disponíveis, é importante que eles sejam utilizados para melhorar a eficácia do sistema educacional. O Brasil fez progressos impressionantes na educação básica nos últimos 15 anos, mas o país ainda está longe de sua meta de ter a qualidade em educação nos níveis da OCDE até 2021. A chave para o progresso mais rápido na educação básica é uma mistura de continuidade em áreas importantes, em que já foram alcançados resultados expressivos (equalização do financiamento, mensuração dos resultados e programas de transferências condicionais de renda) e progresso adicional em quatro áreas: (i) formação de melhores professores; (ii) levar uma educação infantil de qualidade para as crianças mais pobres; (iii) aumentar a qualidade do ensino secundário; e (iv) maximizar o impacto das políticas federais sobre a educação básica. Adicionalmente, há uma clara necessidade de reformas na educação superior, na qual o Ministério da Educação tem avançado de maneira mais lenta, porém persistente.*

Passo agora a alinhar alguns pontos que, pessoalmente, julgo importantes para o sucesso de qualquer projeto de educação e cuidado na primeira infância.

Considero essencial que se faça uma abordagem sistêmica e integrada - federal, estadual e municipal - do desenvolvimento e da implantação das políticas de atenção à primeira infância.

Para isso, é necessária uma parceria sólida com o sistema educacional, de modo que exista uma continuidade do atendimento desde a gravidez da mãe, seguindo depois por creche, pré-escola e escolarização formal.

Outro objetivo central deve ser a garantia do acesso universal à educação e aos cuidados na primeira infância, particularmente para crianças com necessidades especiais.

Também é importante, para o sucesso das políticas para a infância, que se dê especial atenção ao monitoramento e à coleta de dados que permitam a análise e a avaliação de resultados das ações públicas.

Reafirmo que, embora o Brasil tenha avançado muito, ainda estamos muito longe do aten-

dimento ideal à infância, etapa da vida em que são construídas as bases cerebrais que permitirão ao ser humano, na idade adulta, desenvolver todo o seu potencial.

Por isso, a Nação precisa voltar sua atenção para as crianças. É preciso lutar, sem pausa, para ampliar as políticas públicas em favor dos nossos pequenos. Estou atento a isso no meu cotidiano no Congresso. E esse artigo que escrevi é mais uma contribuição nesse sentido.

## ***Ações legislativas para melhorar o desenvolvimento da primeira infância***

*Osmar Terra*

---

*O que fizermos pelas crianças pequenas agora influenciará suas vidas para sempre.*

A infância brasileira é protegida, de direito, por uma vasta legislação, a partir da Constituição Federal de 1988. Entretanto, em que pesem os avanços na legislação e nas políticas públicas, existe uma inaceitável distância entre o ideal proposto pelos dispositivos legais e mesmo pelas políticas públicas e a realidade de vida e desenvolvimento da maioria das crianças brasileiras.

Para reduzir a distância entre o preconizado e o realizado, há novos desafios no campo das leis e das políticas públicas a serem enfrentados pelos Parlamento e Poder Executivo.

Um grupo de doze parlamentares<sup>1</sup>, integrantes da Frente Parlamentar da Primeira Infância, participou, em 2012, do Curso de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, realizado pela Universidade de Harvard em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Esse Grupo, com parlamentares de diferentes partidos políticos e participantes de diversas Comissões Temáticas permanentes da Câmara dos Deputados, além do conhecimento, do compromisso político e do engajamento pessoal de cada um e de cada uma nos temas que dizem respeito à família e à criança pequena, contribui, por meio de ações integradas, para um amplo estudo sobre os direitos da criança em uma perspectiva holística do desenvolvimento integral.

### ***Os direitos da criança no âmbito legal***

O art. 227 da Constituição Federal determina que a criança tem prioridade absoluta nas

---

<sup>1</sup> Deputados e Deputadas: Osmar Terra, Jandira Feghali, Eduardo Barbosa, Célia Rocha, Darcísio Perondi, Rosane Ferreira, Nelson Marchezan Jr., Carmen Zanotto, Assis Carvalho, Prof. Dorinha, Raul Henry, Teresa Surita.

ações da família, da sociedade e do Estado, com garantia de direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, bem como estar a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Com base na Lei Maior, o Congresso Nacional:

- a) aprovou o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90);
- b) ratificou a Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança (Decreto Legislativo nº 28/1990 - promulgado pelo Decreto nº 99.710/1990);
- c) elaborou um elenco de leis específicas para os diferentes setores: saúde (Lei nº 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde - SUS); assistência social (Lei nº 8.742/1993 - Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, que estabelece como dever do Estado a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice); educação (Lei nº 9.394/1996 - Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional -, que define a educação infantil, de zero a cinco anos como primeira etapa da educação básica, devendo ser assegurada a todas as crianças que a demandarem);
- d) proclamou a Emenda Constitucional nº 59/2009, que, entre outros dispositivos, tornou obrigatória para as crianças de quatro e cinco anos de idade a frequência à pré-escola, exigindo a universalização desse atendimento até 2016.

Esses instrumentos legais dotam o Brasil de um conjunto de princípios, diretrizes e normas bastante avançados sob o ponto de vista conceitual e prático, e que têm sido referências para diversos países na formulação dos respectivos estatutos de direitos da criança e do adolescente.

Merece destaque, igualmente, a criação do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, articulação das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil com a finalidade de zelar pela aplicação dos instrumentos normativos e o funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle, para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente nos níveis federal, estaduais, distrital e municipais. Dele participam os Conselhos Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Juizado da Infância e da Juventude, a Defensoria Pública, as Secretarias e órgãos de Segurança e Justiça, o Ministério Público, os Centros de Defesa e os Conselhos Tutelares (PLANO NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010, p. 20).

### *Políticas e planos de ação governamental*

Com base em tais disposições legais, o governo criou políticas públicas e planos nacionais que incluem, no espectro de seus objetivos e metas, o público infantil. Temos, assim, entre outros, o Plano Nacional de Saúde (vigência quadrienal), Plano Nacional de Assistência Social (quadrienal), Plano Nacional de Educação (decenal), Plano Nacional de Combate à Violência contra a criança (sem término definido), Plano Nacional de Educação Infantil, Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (também sem término definido), Programa Nacional de Direitos Humanos, Plano Nacional de Cultura (em fase final de elaboração). No entanto, esses são planos setoriais que, de certa forma, atuam verticalmente, sem ou com pouca articulação entre si.

### *A sociedade civil na primeira infância*

O reconhecimento da criança como cidadã, sujeito de direitos, a afirmação de seus direitos na Constituição Federal e nas leis ordinárias, a defesa e promoção desses direitos na prática social vêm contando, desde longa data, com a participação da sociedade civil, por meio de organizações representativas.

A formação, em 2007, de uma rede nacional de organizações da sociedade civil e órgãos do governo, instituições das Nações Unidas com objetivos voltados à criança (UNESCO, UNICEF e OPAS), universidades, centros de formação, fundações e institutos ligados ao meio empresarial com os objetivos de colocar a criança e a primeira infância na agenda política nacional, defender e promover os direitos da criança de até seis anos é um acontecimento que marca um novo passo à frente no compromisso e no fortalecimento das ações nessa área.

### *Novos desafios para o campo das leis e das políticas públicas*

A despeito dos avanços no campo conceitual e no campo jurídico - o primeiro, no que diz respeito à concepção de criança e infância, profundamente modificado por algumas ciências, como a sociologia da infância, a psicologia, a psicanálise, a neurociência e a antropologia; o segundo, que trata dos direitos - há uma inaceitável situação de carências vividas pela maioria das crianças brasileiras, um grande vazio entre o recomendado e o realizado.

Vários fatores explicam - mas não justificam! - essa situação, dentre os quais:

a) *A não regulamentação do art. 23 da Constituição Federal, que trata do regime de colabora-*

*ção entre os entes da Federação: União, Estados, Distrito Federal e Municípios.*

O sistema político-administrativo da República Federativa do Brasil confere autonomia a cada um dos entes (nos termos da Constituição Federal), competências privativas e específicas de cada um e estabelece o princípio da colaboração. O conteúdo e a forma dessa colaboração ainda carecem de maior clareza e precisão, na ausência das quais se observa frequente “jogo de empurra”, mormente no que se refere à criança.

*b) A diluição das atividades dirigidas à criança no conjunto da “infância e adolescência”; as ações da área social não permitem uma clara diferenciação e, em consequência, uma estimativa precisa de quanto do Orçamento Nacional é destinado e aplicado na primeira infância.*

O “Orçamento Criança” é uma tentativa, mas precisa de mecanismos de ajuste.

*Entre 2006 e 2009, o investimento do país em programas de atenção à criança e ao adolescente dobrou. Nesse período, os recursos do Orçamento passaram de R\$ 28,9 bilhões para 56,6 bilhões (Fonte: SIAFI/Contas Abertas). No entanto, a primeira infância ainda ocupa um fragmento inexpressivo: dos programas, apenas um é voltado especificamente à primeira infância e dois a incluem em seu escopo (Fundeb e Salário Educação). (PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010, p. 20).*

Com o PROINFÂNCIA, esses valores e a correlação se alteraram significativamente, mas estão longe de expressar equidade e, sobretudo, atenção à maior importância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento da pessoa.

Vê-se a importância de propor, no âmbito legislativo, alguma medida que determine a especificação orçamentária dos valores destinados a programas específicos para a primeira infância.

*c) A desarticulação institucional e a não integração de ações no ponto final de sua execução, ou seja, junto à criança; esses são fatores negativos, que determinam maiores gastos, falta de sinergia e descompasso no atendimento da criança, que é sujeito integral.*

### **Indicadores**

Alguns dados de demanda e atendimento servem para ilustrar os avanços, as deficiências e os desafios a serem enfrentados, se queremos uma primeira infância atendida segundo os

parâmetros legais dos direitos e a consciência de sua importância no desenvolvimento humano.

Dados divulgados pelo IBGE no dia 27 de abril de 2012 revelam que a mortalidade infantil entre as crianças menores de um ano caiu 47,6% em relação ao ano de 2000, passando do elevado índice de 29,7 para 15,6 óbitos por mil nascidos vivos.

Em números simplificados, em cada 65 nascimentos no Brasil, 64 sobreviverão no primeiro ano de vida. Mas a questão não se restringe a sobreviver; ela se estende à vida com qualidade, dignidade, desenvolvimento. O que podemos fazer para que essas crianças tenham uma vida plena e com qualidade?

A *mortalidade materna* é outro problema grave, que deve ser enfrentado com medidas mais efetivas. Sua redução não apenas atende o direito da mulher à vida quanto também da criança e seu bom desenvolvimento psíquico. Vimos alcançando progresso significativo nesse quesito, porém ainda falta muito. Ao longo de duas décadas, a mortalidade materna no Brasil caiu 51%: de 1990 a 2010, o número de mortes diminuiu de 141 para 68 para cada 100 mil nascidos vivos.

No atendimento em *educação infantil* alguns dados dão a dimensão da realidade, com seus desafios. O Censo 2010, do IBGE, contou 19.622.565 de crianças na faixa de zero a seis anos. Dessas, 10.925.892 têm até três anos. A pré-escola atende cerca de 80% das de quatro e cinco anos, porém, as menores de zero a três têm acesso muito restrito à creche: apenas 22% se encontram em alguma instituição de cuidado e educação, pública ou privada. Enquanto o primeiro grupo tende a ser integralmente incluído no atendimento educacional, pois, pela Emenda Constitucional nº 59/2009, a frequência à pré-escola se tornou obrigatória, devendo ser universalizada até 2016, a creche está longe de alcançar a maioria das crianças mais pobres.

O olhar pela maior necessidade de acesso evidencia que as crianças mais necessitadas estão sendo menos atendidas. Dados das PNAD de 2007 e 2008 sinalizam um viés marcado pela renda familiar no acesso à creche: 10,8% dos atendidos são de famílias situadas na faixa de rendimento médio mensal de até ½ salário mínimo (sm); 18,7% de ½ a 1 sm; 28,7% com mais de 1 até 2 sm; 32% com mais de 2 a 3 sm. Análise do IPEA sobre os dados da PNAD 2009 encontrou que, dentre as crianças com renda mais baixa, apenas 11,8% frequentavam creche, enquanto entre as de renda mais elevada essa taxa era de 34,9%.

O programa Brasil Carinhoso, recentemente lançado pelo Governo Federal, procura induzir os municípios a uma busca ativa das crianças mais vulneráveis, das famílias mais pobres (as que são atendidas pelo Programa Bolsa Família que têm filhos entre zero e seis anos).

### ***Econometria***

Avaliação da relação custo-benefício de programa de atenção à primeira infância - Perry Pre-School Program, Michigan, EUA - que, ao comparar grupos de crianças atendidas e não atendidas, considerando as despesas na Educação, Assistência Social, Crime e Sistema Prisional e os ganhos salariais, observou que para cada dólar investido no programa foram economizados 7,16 dólares até a idade de 27 anos e 12,90 dólares até os 40 anos.

### ***Evidências científicas***

Existem comprovações científicas de que o desenvolvimento do cérebro humano é mais acelerado nos dois primeiros anos de vida e que o favorecimento para o desenvolvimento das habilidades cognitivas, sociais e emocionais cria maiores oportunidades para aprendizagens mais complexas e um percurso escolar bem sucedido.

Assim, há que se destacar o impacto que as condições de vida desde a gestação, em particular a relação do cuidador com o bebê, exercem sobre o desenvolvimento humano. Todas as habilidades e competências básicas humanas se organizam nos primeiros anos! Por conseguinte, é imperativo ao Brasil envidar esforços significativos para modificar o cenário atual em relação à primeira infância, implementando políticas específicas, focalizadas, para essa população.

Nessa medida, é recomendável fazer a migração do modelo médico tradicional para um modelo de atenção social (integral), que alcance todas as crianças nessa primeira fase da sua vida. Esse modelo deve considerar todas as variáveis do ambiente e do entorno físico e humano no qual cada criança está inserida.

Um dos aspectos que tem impacto comprovado no desenvolvimento da criança é o das *diferentes linguagens* pelas quais a criança se expressa, comunica, cria. Delas fazem parte as *artes*, bastante valorizadas na educação infantil, mas negligenciadas nas etapas posteriores.

Outro aspecto cada vez mais relevante nas políticas públicas para a primeira infância é o da relação da criança com o espaço urbano e com o meio ambiente. Ao enfocarmos os direitos da criança de zero a seis anos de idade constatamos que não é usual dirigir o olhar para a cidade e para as questões ambientais como espaços nos quais e frente aos quais a criança tem direitos

específicos. É como se a cidade e o meio ambiente dissessem respeito somente aos adultos. Tratando-se de crianças pequenas (de zero a seis, e ainda mais de zero a três anos), a atenção tende a se voltar, quase que automática e exclusivamente, para a família e o entorno comunitário, o centro de saúde e o hospital, os equipamentos de serviços sociais, os estabelecimentos educacionais, como a creche e a pré-escola e outros ambientes de cuidado e educação e, eventualmente, algum equipamento de lazer coletivo.

Nos últimos anos se constata uma progressiva inadequação do espaço urbano às características e necessidades das crianças pequenas.

Entre os problemas mais evidentes estão: diminuição do espaço doméstico para movimentação da criança, tanto nos apartamentos quanto nas casas, restringindo seus movimentos, as iniciativas e o brincar; insegurança fora de casa, inibindo as saídas, o brincar na rua, o encontro com outras crianças, confinamento das crianças em espaços “reservados” (creche e pré-escola, brinquedoteca, hospital, abrigos, outros locais de cuidado, educação, proteção), exclusão da criança do desenho urbano - os espaços públicos, móveis, equipamentos e lugares de encontro são desenhados de acordo com o tamanho dos adultos. A cidade, tanto no centro quanto na periferia, deveria ser “amiga da criança”, mas é, efetivamente, estranha, insensível, fria e distante dela.

A concepção holística da criança, que a considera na sua integralidade pessoal e social, como ser de cultura e nas suas interrelações sociais, estende os marcos que delimitam o âmbito dos direitos para além do espaço doméstico, da rede de proteção social comunitária e dos ambientes específicos e próprios da saúde, da educação e da assistência social. A criança cidadã é alguém que é concebido, nasce, aprende, se constitui sujeito, realiza seu projeto de vida em um ambiente sócio-histórico do qual recebe a cultura e com ela contribui com as produções características da infância. A criança absorve os valores (e os desvalores, quer dizer, os comportamentos impróprios) que observa e experimenta.

A revisão e aperfeiçoamento constante das políticas públicas, com vistas a propiciar o pleno desenvolvimento biopsicossocial das nossas crianças, com medidas específicas e ações prioritárias que operem a inclusão da população mais vulnerável é tarefa urgente, tendente, porém, à universalização do atendimento, por se tratar de direito de todas e de cada uma das crianças.

### *Propostas de ação legislativa*

O Poder Legislativo tem, entre outras, a competência constitucional:

- a) de formular as leis necessárias para determinar e balizar a formulação das políticas públicas, neste caso, para garantir os direitos da criança estabelecidos no art. 227 da Constituição Federal;
- b) de acompanhar a execução das políticas, planos e programas governamentais. Dentro dessas duas competências, o Grupo de Trabalho de Parlamentares do Curso de Liderança em Desenvolvimento Infantil, membros da Frente Parlamentar da Primeira Infância, vê como ações importantes:

**1. A criação de uma Lei de Responsabilidade sobre a Primeira Infância** que contenha, entre outras exigências: a) a determinação do padrão de qualidade do atendimento, com parâmetros para sua avaliação e mensuração; b) monitoramento e avaliação; c) definição dos critérios de distribuição das transferências voluntárias; d) sanções pelo descumprimento; e) prazo para entrada em vigor.

**2. Análise e revisão da legislação existente com o objetivo de aperfeiçoá-la e complementá-la**, atendendo às novas realidades, iluminadas pelo campo científico, político e técnico. A comparação do marco legal brasileiro com as evidências científicas e o panorama internacional e nacional dos direitos da criança podem identificar onde se pode avançar.

Entre os itens trazidos pelos novos contextos culturais e econômicos que estão carecendo de atenção legislativa, podemos destacar, preliminarmente: a) legislação relativa à organização do espaço urbano que respeite os direitos da criança, principalmente no tocante ao brincar (direito ao lazer), à segurança e ao ambiente ecologicamente equilibrado; b) legislação regulamentadora da publicidade voltada à criança nos meios de comunicação, especialmente na televisão; c) a situação das crianças filhas de mulheres presidiárias (muitas estão sofrendo a mesma pena da mãe, ao ficarem “reclusas” em casas de acolhimento próximas aos presídios femininos, sem convivência familiar e comunitária); d) a situação das crianças filhas de estudantes e trabalhadoras do turno noturno que estão ficando sozinhas ou sob risco de violência enquanto suas mães estudam ou trabalham.

A maior parte dessas medidas se enquadra nas competências municipais. No entanto, compete ao Governo Federal - especificamente ao Poder Legislativo - estabelecer os princípios e as diretrizes gerais válidos para todo o país, que assegurem o cumprimento dos direitos da criança pequena (zero a seis anos) e que estabeleçam parâmetros para a legislação concorrente e as políticas e programas que visam à sua execução.

### **3. Indicações ao Poder Executivo:**

**3.1. Criação de Comitê Intergestor** com a competência de articular as diversas áreas de atenção à criança e coordenar planos integrados de atenção à Primeira Infância.

**3.2.** A indicação acima recomendará, igualmente, a **constituição dos comitês intergestores** envolvendo os gestores titulares das áreas de saúde, educação, desenvolvimento social, cultura, direitos humanos, meio ambiente e espaço urbano, segurança e planejamento estratégico.

**3.3. Formulação de uma política de atenção integral e integrada à criança a partir da gestação, com foco na família.** Os elementos chave dessa nova política para o alcance dos objetivos são:

- (a) centralidade na família para a implementação das ações;
- (b) ênfase na faixa etária da concepção aos quarenta e oito meses de idade (3 anos completos), abrangendo os aspectos físico, psicológico, intelectual e social;
- (c) identificar, no início, as famílias mais vulneráveis e, no prazo de dez anos, universalizar a cobertura do atendimento;
- (d) identificação das gestantes em situação de vulnerabilidade, assegurando-lhes pelo menos seis consultas de pré-natal;
- (e) a partir do nascimento até três anos: acompanhamento do desenvolvimento, por meio de visitas domiciliares semanais, com atividades individuais realizadas no âmbito do domicílio;
- (f) para a faixa etária de três a cinco anos: atividades coletivas, realizadas em equipamento público ou comunitário, uma vez por semana, com grupos formados por crianças nessa faixa etária e seus pais, e grupos de gestantes;
- (g) orientações à família sobre como acessar as políticas públicas e verificar se a família está provendo as necessidades da criança por meio do acesso aos serviços ofertados;
- (h) estabelecimento de responsabilidades compartilhadas entre os três níveis da administração pública, mas com competências específicas de execução das ações para os estados, os municípios e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos.

Essa política se caracteriza como apoio e fortalecimento das competências da família como primeira e mais importante instituição de cuidado e educação da criança nos primeiros anos de vida.

Ela não substitui a família nem a exime de sua função primordial em relação a seus filhos, mas a) presta-lhe apoio educacional como atividade complementar às ações dela e da comunidade; b) garante assistência social às crianças e às famílias na proteção social básica e c) dá orientação sobre cuidados de saúde da gestante e da criança, em articulação com os programas de saúde da mulher, da criança e da família.

*As competências e habilidades humanas se formam nos primeiros anos de vida - o que fizermos pelas crianças pequenas agora influenciará suas vidas para sempre.*

## ***Paraíba abre a itinerância da Semana de Valorização da Primeira infância***

*Iraê Lucena*

---

Em parceria com o Senado Federal, o Governo do Estado da Paraíba, por meio da Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, realizou a 1ª Semana de Valorização da Mulher, da Primeira Infância e da Cultura da Paz, no período de 24 a 26 de outubro de 2011, em João Pessoa.

O evento teve o objetivo de sensibilizar e conscientizar autoridades, organizações não governamentais e a sociedade para a necessidade de dedicar maior atenção à mulher grávida, ao bebê e à primeira infância (período de vida que vai da concepção a seis anos de idade) para a formação de um cidadão mais apto à convivência social e à cultura da paz.

Para ministrar a palestra “**Prioridade à Primeira Infância como Prevenção da Violência – Ações Voltadas para a Mulher e para a Primeira Infância**”, contamos com a presença ilustre do pediatra Laurista Corrêa Filho, neonatologista e especialista da Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Paris V – Sorbonne.

O Senador Pedro Simon, autor da Lei Federal “**Prevenção da Violência com investimento na Primeira Infância**” (n.º 11.523/2007), que criou a **Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância**, muito nos honrou com sua presença. Na ocasião, o senador ministrou a palestra “**A Importância das Políticas Públicas Voltadas para a Construção da Saúde Mental da Mulher, do Bebê e da Primeira Infância**”.

Participaram ainda da Semana os renomados professores franceses Dra. Jaqueline Wendland, psicóloga clínica e psicoterapeuta na Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi, do Grupo Hospitalar Pitié-Salpêtrière, Paris; a Dra. Monique Bydlowski, psiquiatra com formação psicanalítica, responsável pelo Laboratório de Pesquisa da Maternidade Cochin-Port Royal, Hospital Tarnier, Paris, e o cineasta Bernard Martino, diretor de vídeos institucionais, assistente em curtas e longas-metragens, autor de “**Loczi, uma Casa para crescer**”.

Como autora da Lei Estadual de nº 7.851/2005 que “**Institui a Semana Estadual de Prevenção da Violência com Investimento na Primeira Infância**” no estado da Paraíba, me sinto bastante contemplada e honrada com a vinda da Semana Itinerante do Senado Federal à cidade de João Pessoa.

A **1ª Semana de Valorização da Mulher, da Primeira Infância e da Cultura da Paz**, além de conscientizar o público sobre as verdadeiras causas da violência, atendeu a uma preocupação crescente por parte do poder público estadual, que é a gravidez na adolescência.

De acordo com os dados locais, a gravidez na adolescência é a terceira causa de mortalidade juvenil, só ficando atrás dos homicídios e acidentes de trânsito, além de ser um problema crescente e de grande responsabilidade para o Estado, de como acolher corretamente estas mãezinhas, que muitas vezes são expulsas de casa, necessitando de apoio psicológico urgente para que não caiam em depressão e prejudiquem o desenvolvimento sadio do bebê.

Além disso, a mortalidade juvenil se dá porque a gravidez na adolescência é tida como um período de risco, principalmente na primeira fase, quando o útero está ainda em formação e o organismo não está preparado. É uma gravidez de perigo – o bebê pode nascer prematuro, com complicações durante a gestação. O maior risco são as infecções perinatais.

Assim sendo, além da falta ou má utilização de meios anticoncepcionais, a gravidez e o risco de engravidar da adolescente podem estar associados a uma menor autoestima, a um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade falsamente apregoada como desejável a uma família moderna ou à baixa qualidade de seu tempo livre. Os governos Estaduais e Federal têm a obrigação de acolher e acompanhar estas mães adolescentes, oferecendo a elas um apoio com psicólogos da rede pública, orientados sobre como acompanhá-las de maneira correta. Este problema é seríssimo e se trata de uma questão de política de Estado.

As professoras Monique Bydlowski e Diana Dadoorian explanaram esse tema com brilhantismo, orientando as autoridades locais sobre o grave problema da gravidez na adolescência no país e as medidas a serem tomadas como prevenção.

A Semana tratou também das funções da creche para o bebê e sua família, da importância do vínculo afetivo entre os cuidadores e os bebês para um bom desenvolvimento da saúde mental da criança. Sobre este tema tivemos as grandes conferências da professora Jaqueline Wendland e do cineasta Bernard Martino. O cineasta Martino mostrou com maestria cenas de

seu filme “**Loczy, uma casa para crescer**”, em que conseguiu captar com grande sensibilidade a interação perfeita entre cuidadoras e bebês, transmitindo assim a segurança tão necessária para um desenvolvimento infantil saudável.

A professora Zeni Lamy veio representando a **Rede Nacional da Primeira Infância** e nos falou sobre o **Método Canguru**, aplicado na rede pública, já com resultados positivos para uma maior interação entre o bebê prematuro e suas mães.

Em relação ao valor central do brincar, tivemos as magníficas palestras das professoras Cláudia Siqueira e Telma Scott, do **Instituto Sidarta**, em São Paulo. Ambas falaram da importância do brincar nos vários períodos da infância, que na realidade é uma forma de relacionamento da criança consigo mesma e com seu ambiente.

A Semana contemplou ainda, especificamente, as crianças que se encontram em situação de vulnerabilidade e as ações que podem ser desenvolvidas no sentido de reduzir os riscos decorrentes desta situação.

Portanto, acredito que atingimos nossos objetivos devido à programação da 1ª Semana de Valorização da Primeira Infância e Cultura de Paz, de ter abordado os grandes temas da primeira infância, apresentando os pontos mais importantes das pesquisas recentes, que reconhecem a complexidade dos vários fatores em jogo nos processos de desenvolvimento infantil. Além disso, o programa incluiu os diferentes períodos e situações críticas, desde a gestação até os cuidados iniciais pós-natais.

Foi em razão dos vários campos de estudo que a Semana acolheu os pontos de vista de diferentes especialistas nacionais e internacionais, convidados que trouxeram suas contribuições para que obtivéssemos o sucesso do evento. Por fim, aconteceu um amplo debate entre participantes e autoridades locais, do qual surgiram proposições concretas suscetíveis de contribuir para a implementação de políticas e de práticas na Paraíba.

O **Governo do Estado da Paraíba**, na gestão do Governador Ricardo Coutinho, se comprometeu, após este relevante evento, a dar a continuidade necessária aos programas que possam priorizar as políticas públicas voltadas a **Primeira Infância**.

Gostaria de agradecer em especial à jornalista Marcia Barr, presidente da OSCIP **Valor Cultural**, responsável pela **exposição Infância e Paz**, do artista plástico Toni Lucena, por nos trazer

a mostra da exposição **Laços Afetivos**, permitindo que permanecesse por um mês na **Estação Ciência Cultura e Arte Cabo Branco**, abrilhantando o nosso evento.

Ao **Senado Federal**, por meio da Presidente da Comissão de Valorização da Primeira Infância, Lisle Lucena, os nossos agradecimentos por ter sido a Paraíba o primeiro estado a realizar a **Primeira Semana Itinerante de Valorização a Mulher, da Primeira Infância e da Cultura da Paz**.

## ***Considerações ao Senado Brasileiro***

*Bernard Martino*

---

Em breve farão 40 anos que, como cineasta, me interesso pela infância e pelo destino que as sociedades violentas e repressivas destinam a ela. Para chegar então a qual constatação, que poderia se resumir em poucas palavras? Pode-se chegar a uma evidência simples: um número grande de crianças, para não dizer a maioria delas, por múltiplas vias e em diversos níveis, chegam emocional e psiquicamente estragadas, quebradas, entortadas, destruídas, mutiladas, traumatizadas, inválidas à idade adulta.

O fato de que, ainda assim, a maior parte delas se funde na massa, sem perturbar a ordem pública; a constatação de que muitas até “vencem”, fazem carreiras honrosas – até mesmo brilhantes –, tornam-se pessoas públicas, não muda em nada a constatação que rejeita as aparências. Os títulos honorários não curam todos os machucados e as prisões não contêm todas as violências...

Encarar de frente essa realidade que engaja intimamente a responsabilidade de cada um de nós não é fácil para ninguém. Preferimos escutar as sirenes modernas da neurobiologia que há pouco ainda nos prometiam que em breve a origem de todas as desordens psíquicas, de todos os fracassos escolares, de todos os desvios comportamentais estaria localizada no cérebro e erradicada quimicamente sem vir a perturbar o sono dos adultos que somos. O melhor dos mundos ...

Pouco importa se os neurobiologistas voltarem atrás, se as pesquisas mais recentes validarem as intuições dos clínicos do mundo inteiro, que sempre colocaram a influência do ambiente psicossocial no centro de sua compreensão dos sintomas. Os epigeneticistas especialmente o confirmam: “as experiências vividas na primeira infância determinam em grande parte a saúde mental dos adultos”.

Em um excelente artigo intitulado “A Psiquiatria biológica, uma bolha especulativa?”, François Gonon, neurobiologista francês, pesquisador no CNRS (Centro Nacional de Pesquisa

Científica), cita um artigo da prestigiosa revista americana *Nature Reviews Neuroscience*, assinado por alguns de seus mais eminentes colegas que, após terem visto a dimensão dos poucos resultados comprobatórios obtidos na elucidação das origens cerebrais do sofrimento mental, concluem: “Por consequência, a prioridade deveria ser dada à política e aos programas que reduzem o estresse dos pais, aumentando o bem-estar emocional deles e assegurando-lhes recursos materiais suficientes”.

A ligação entre pobreza e sofrimento psíquico encontra-se, então, com certeza acima das bases biológicas. Ao ler esses autores, penso em um escritor húngaro, Janos Székely, que nos anos 20 já escrevia: “o homem nunca inventou arma tão mortífera quanto a miséria”. A bola está, pois, claramente no campo daqueles que nos governam tratando de oferecer às crianças um mundo no qual elas possam florescer ao invés de murchar ou se tornar bombas humanas.

Cada vez mais personalidades, e isso é animador, tomam partido em defesa das crianças. Embaixadores dos direitos da infância internacionalmente reconhecidos e proclamados identificam incansavelmente, por motivo justo, as violações mais flagrantes por todo o mundo e denunciam sem folga, em grandes colóquios internacionais, o fato de que milhões de crianças morrem de fome, de sede ou de Aids, que meninas são assassinadas ou prostituídas, que órgãos são retirados de crianças, que outras são forçadas a entrar em gangues para espionar, mendigar ou roubar, que os chefes de guerra as transformam em assassinos impiedosos, sem contar o número de crianças espancadas, abusadas sexualmente ou exploradas por traficantes sem escrúpulos.

Tudo isso é útil, inegavelmente necessário e não passaria pela cabeça de ninguém a ideia de contestá-lo. Apesar disso, o caráter massivo e espetacular desses espantosos atentados aos direitos fundamentais sofridos por dezenas, ou até centenas de milhões de crianças, não deveria acabar escondendo outros atentados mais sutis, porém não menos massivos, referindo-se dessa vez a todas as crianças do globo. O combate pela infância não deveria se resumir ao combate contra os crimes tonitruantes dos quais são vítimas. O progresso, em matéria de civilização, não deveria se limitar à luta contra a barbárie.

As crianças não têm somente direitos fundamentais. Têm também necessidades essenciais cuja satisfação (que nada tem a ver com caprichos) é primordial. Silenciosa, cotidiana, a ignorância, o desconhecimento ou a negligência dessas necessidades é, sem dúvida, a mais massiva manifestação do desrespeito aos seus direitos. Nada que seja notícia de primeira página mas, dia após dia, o maltrato ordinário, tranquilo, beato, poderíamos quase dizer “natural”...

Contrariamente àquilo que gostaríamos de crer, nada do que diz respeito à infância é simples, fácil ou natural. Atravessar sem cicatrizes “os anos de entrada no mundo” não é tarefa pequena. Para ajudar uma criança a crescer saudável, a se construir psicologicamente deve-se recorrer à consciência, à razão, é preciso tanta ciência, talvez mais ainda do que aquela exigida para ajudá-la a nascer.

Postularemos que, instintivamente, graças ao amor, a maior parte dos pais, os bons e mesmo os “suficientemente bons” ou os “não muito bons”, conseguem fazer isso de alguma maneira. Sem dúvida. Mas a precarização crescente das condições de vida destrói, ou fragiliza, um número cada vez maior de células familiares, isolando os pais, destruindo suas conquistas e suas competências, e inculcando na criança um sentimento deletério de insegurança difusa, que pode comprometer suas aquisições psíquicas fundamentais, pré-requisitos para sua capacidade de entrar nos aprendizados. O fracasso escolar não cai do céu e ele predispõe a criança para essa violência que nos cerca.

Os bebês e as crianças pequenas dessa multidão de homens e mulheres sem recursos, desses grupos de mães adolescentes, têm necessidade vital de um quadro seguro e de um apoio preciso, oferecido não por mulheres tomadas ao acaso e de quem se supõe que saibam por instinto o que fazer, mas por profissionais altamente qualificados. Profissionais que tenham recebido uma formação extensa que lhes tenha deixado aptos a dispensar um “cuidado” refletido, codificado, que se situa a anos luz de um cuidado improvisado conforme as circunstâncias, humores e imperativos.

Isso significa, permitam-me sonhar em voz alta, que à luta titânica contra a pobreza (à qual um homem como o presidente Lula teve coragem de se consagrar com o sucesso e os resultados que já conhecemos) ousamos anexar uma política não menos audaciosa voltada à primeira infância.

Em termos de quantidade isso quer dizer consagrar à abertura de abrigos, creches ou de jardins de infância meios financeiros consideráveis. Em termos de qualidade isso significa fixar como objetivo a “profissionalização” dos cuidados mencionados acima. Para alcançar isso, para não correr o risco de dispensar aos pais e às crianças um apoio aproximativo inoperante, ou até prejudicial, é preciso ter na mira uma abordagem “científica” comprovadamente justa e eficaz e centrar em seguida uma boa parte do esforço de formação de pessoal na compreensão e no domínio dessa abordagem.

Não há muitas abordagens que respondam a tais especificações. No que me diz respeito, só conheço uma, a qual observo e registro há quase 30 anos os resultados excepcionais. Essa abordagem da infância foi implementada no Instituto PIKLER de Budapeste, na Hungria, que pessoalmente considero como “um alto lugar de humanidade”.

Antes de tornar-se recentemente uma creche, o Instituto PIKLER, criado em 1946, era primeiro o que nós chamamos na França de “abrigo para crianças pequenas”, quer dizer um lugar que acolhe crianças órfãs, abandonadas ou protegidas pela Justiça. Em 65 anos de funcionamento essa instituição adquiriu um conhecimento excepcional na identificação e satisfação das necessidades essenciais da criança pequena desde seu nascimento, sendo a mais importante delas, do meu ponto de vista, o respeito escrupuloso do tempo da criança pequena, que não é igual ao nosso.

Em Budapeste, eu vi crescer harmoniosamente crianças que tudo deixava imaginar que se tornariam “carças”, sem futuro nem esperança. Vi com quanta ciência e com quanto respeito as enfermeiras tratavam dia após dia, minuto após minuto, a pessoa que eles eram naquele instante e cada vez eu senti que as crianças educadas dessa maneira não poderiam tornar-se racistas, ladrões ou assassinos. De fato, as crianças que encontrei e que haviam passado por aquela instituição eram todos mulheres e homens erguidos, cidadãos dignos desse nome, que faziam mais do que sobreviver. Aliás, essa é a impressão que um estudo da OMS (Organização Mundial de Saúde), datado dos anos 70, sobre centenas de crianças corrobora.

Esse saber único no mundo espera que uma grande nação o incorpore. Um canteiro imenso, a experiência deliberada, jamais executada, da prevenção à grande escala, lá onde a escalada da repressão se confronta a seus limites. Eu o espero do Brasil.

*Tradução cortesia do Instituto Sidarta com revisão técnica de Jaqueline Wendland*



ORDEM E PAZ



## ***Exposição Infância & Paz um varal pelos direitos da Infância***

*Marcia Alvaro Barr*

---

A importância de atuar na prevenção sempre esteve presente no trabalho que realizávamos à frente da **Valor Cultural**. O início e o desenrolar da execução do Programa de Proteção à Criança e Adolescente ameaçado de Morte no Distrito Federal em convênio com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, nos confrontando com casos gravíssimos de violações de direitos – seja pela família, pela comunidade ou pelo Poder Público – de crianças e adolescentes, com o risco de morte sendo o mais grave deles; desarranjos familiares; violência doméstica; jovens em conflito com a lei; adolescentes desmotivados para envolverem-se em um projeto de vida, fez esse sentimento crescer ainda mais forte..

A colaboração com Lisle Lucena na organização do Forum Senado Debate Brasil, com o tema Políticas para a Primeira Infância – Quebrando a cadeia da Violência, foi marco decisivo para nosso envolvimento pessoal e da instituição nesse esforço em favor da **prevenção da violência com investimento na Primeira Infância**.

Mas era preciso tornar a linguagem técnica dos especialistas acessível ao cidadão comum e difundir esses conhecimentos e experiências ao máximo. A ideia de uma exposição apareceu como o caminho natural. Em uma conversa informal, trocando ideias com o artista plástico Toni Lucena, surgiu o nome **Infância & Paz**.

Os próximos meses foram de trocas intensas de e-mails com Toni e os especialistas, muitos deles, autores neste livro, que foram alimentando o processo com ideias e conteúdos. Ianê Heusi se juntou ao grupo com sua câmera e registrou o dia a dia da nossa infância. O designer gráfico Tiago Palma agregou seu trabalho para auxiliar na busca da identidade visual da mostra e, depois, na criação das imagens conceito das Semanas da Primeira Infância que chegam este ano à quinta edição.

Uma exposição sobre a infância, seu desenvolvimento e direitos, precisava ser “natural”, familiar para quem fosse interagir com ela. Na concepção de Toni, materializou-se a ideia de

um **varal de roupas** e as imagens e frases foram fundidas com texturas e cores e impressas em painéis de grandes proporções, montados com pregadores de roupa em um varal montado nos espaços de exposição. Nesses panos, imagens e textos sintetizam a urgência da valorização da primeira infância e reconhecimento da criança como sujeito de direitos sobre os alicerces da cultura da paz

Com apoio de representações diplomáticas, como as Embaixadas da França, Reino Unido e Canadá, de instituições como a Aliança Francesa, o Museu do Complexo da República, a Estação Cabo Branco – Ciência, Cultura e Artes, de João Pessoa, a exposição circulou por esses espaços, após ocupar o Salão Negro do Congresso e ser exibida na Câmara dos Deputados.

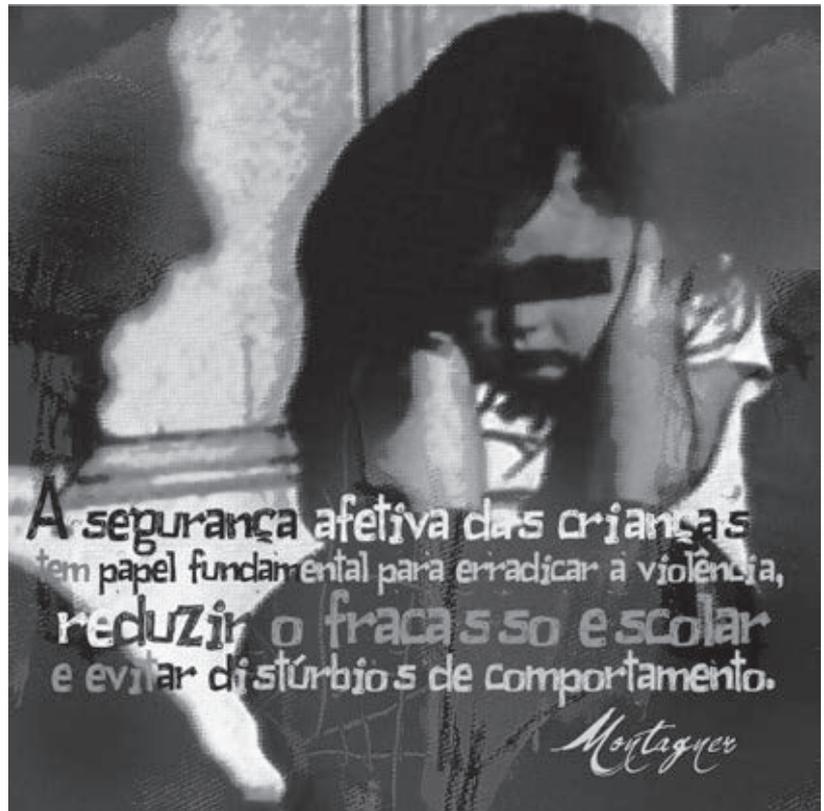
O patrocínio de empresas como a Caixa e a Petrobras, além de empresas do DF, tornou viável a produção, montagem e realização de várias edições, nos últimos anos, com diferentes temas, como **O Brincar** a formação de **Laços Afetivos**.

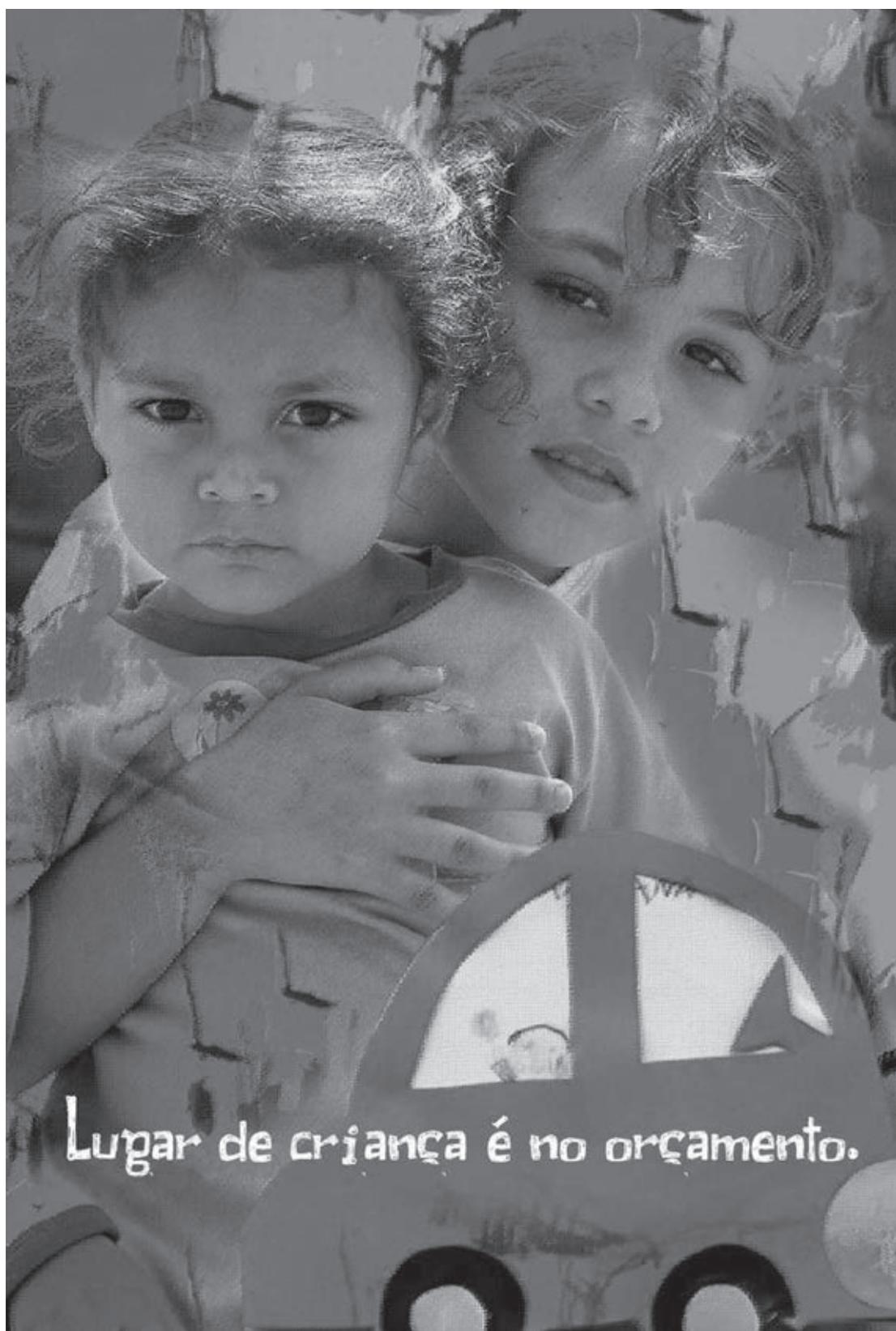
A exposição **Infância & Paz** cabe em uma mala. Foi criada para a **itinerância** e começou essa peregrinação em João Pessoa. Está pronta para pegar a estrada novamente.



**Instinto materno  
é um mito.**

**O amor se constrói.**





Lugar de criança é no orçamento.

## **Glossário**

---

**Abordagem consiliente** – a abordagem consiliente do conhecimento foi proposta por Edward Wilson. Permite permeabilidade entre as teorias/disciplinas de forma a facilitar a compreensão de estruturas e sistemas complexos, que não encontram explicação em apenas uma disciplina. Aplica-se na tentativa de compreensão da complexa relação mãe-bebê, em que é necessária a abordagem de várias áreas do conhecimento.

**Constructo** – na psicologia, construção puramente mental, criada a partir de elementos mais simples, para ser parte de uma teoria

objeto de percepção ou pensamento formado pela combinação de impressões passadas e presentes

**Disforia** – psicopatologia - estado caracterizado por ansiedade, depressão e inquietude

**Envelope** – diz-se também pele psicossocial; construção de uma estrutura ambiental com as interações afetivas dos integrantes de uma instituição – cuidadores e cuidados – que visa reforçar as competências da mãe e do bebê com o objetivo de aumentar a auto-estima e possibilitar uma relação em sintonia entre mãe e bebê.

**Epigenética** – processo de co-evolução genético cultural.

**Mamaização** – palavra cunhada por Françoise Dolto ao se referir às características especiais de empatia e altruísmo que habilitam uma mulher a se transformar em uma “mãe suficientemente boa”; pode também caracterizar um/a “cuidador/a suficientemente bom/boa”, quando este/a compreende a crise existencial da gestação de mães com recém-nascidos.

**Maternagem** – capacidade que a mulher adquire no decorrer de suas vivências como mãe, em que as interações comportamentais e afetivas a levam a tornar-se fator de proteção e estimulação para o desenvolvimento do bebê.

**Pulsão** – termo da teoria psicanalítica que nomeia a energia fundamental do sujeito, necessária ao seu funcionamento e sobrevivência e que se processa no profundo do ser.

**Resiliência** – capacidade de uma criança ou adolescente para se desenvolver saudável, apesar das dificuldades que enfrenta e do estresse ambiental; essa qualidade depende de estímulos psicossociais adequados para bem desenvolver; é melhor estabelecida nos primeiros anos de vida e depende do bom relacionamento com os primeiros cuidadores.

2012 | Primeira Infância: Ideias e intervenções oportunas

© Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização da Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, Senado Federal.

Nos últimos vinte anos a Primeira Infância  
tem recebido atenção especial.

O que era simplesmente intuitivo,  
hoje tem o respaldo da ciência.

Como simples exemplo, temos os sentidos.

Ao nascer, o bebê de cem bilhões de neurônios  
já se encontra com  
todos os cinco sentidos  
prontos para entrar em ação.

Todos os trabalhos científicos corroboram a  
importância das primeiras relações  
pais-bebê / cuidadores-bebê  
na construção do cérebro.

Quando tudo ocorre dentro da normalidade, ou seja, os bebês podem usufruir de um ambiente propício para o seu pleno desenvolvimento, teremos seres em equilíbrio. Ao contrário, se houver qualquer tipo de dificuldade nesse relacionamento, diversos problemas acontecerão, inclusive o pior de todos – a violência.

Neste livro, todos os autores participaram das semanas de valorização da Primeira Infância realizadas pelo Senado Federal. Os artigos aqui compilados, trazem a experiência de cada um quando tratam da Primeira Infância. Desde os aspectos fisiológicos até às implicações psíquicas envolvidas na construção de um novo ser.

Esperamos que todos, ao lerem esta obra, aproveitem ao máximo!

SENADO FEDERAL

