

A ESCUTA E A COMUNICAÇÃO COM BEBÊS NO UNIVERSO DA PALAVRA

Por Maria Nurymar Brandão Benetti*
Inverno 1998**

I. INTRODUÇÃO

1. Alguns dados históricos

II. A COMUNICAÇÃO COM BEBÊS NO UNIVERSO DA PALAVRA

1. O Reconhecimento do bebê como pessoa.
2. Fundamentos teóricos que sustentam o ato de falar com bebês.
3. Exemplos de intervenções psicanalíticas com bebês.

III. APLICABILIDADE, CAMPOS DE AÇÃO E VALOR DA ESCUTA E DA COMUNICAÇÃO COM BEBÊS

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

V. BIBLIOGRAFIA

* Psicóloga, Psicanalista, Docente, Supervisora e Especialista em Psicologia Clínica.

** Revisado em 2014.

ABSTRACTS

A partir dos anos 70, o bebê tem sido visto como um ser humano inteiro, com sentimentos, emoções, capacidade de ouvir e de reagir ao que ouve.

Alguns dados dessa evolução histórica são apontados neste trabalho, situando-se produções bibliográficas e principais eventos que têm como tema central o bebê.

Essa “nova” forma de ver o bebê surge de um desenvolvimento associado ao interesse psicanalítico de melhor compreender os dinamismos da mente humana com um intuito clínico e profilático.

Por volta dos anos 80, a psicanalista Françoise Dolto, em Paris, nos mostra que é possível fazer intervenções psicanalíticas com bebês, o que é descrito aqui.

Finalmente, é apontado que observar e acompanhar bebês permite, não só compreendê-los, mas também ampliar conhecimentos sobre o psiquismo pré e peri natal e sobre o desenvolvimento global da personalidade, no que reside o seu valor profilático. Além de ser uma ferramenta necessária para o aprofundamento do exercício clínico psicanalítico.

I. INTRODUÇÃO

1. Alguns Dados Históricos

Por muitos séculos, a criança, particularmente em tenra idade, foi vista como sendo incapaz de experimentar sentimentos humanos, até que viesse a adquirir a fala. Antes disso, lhe eram atribuídas, apenas, possibilidades de expressar necessidades elementares, como fazem os animais.

A Psicanálise vem contribuindo muito para a mudança dessa noção. Freud, já em 1905, detalha a vida mental da criança, em seu trabalho “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”. Mais tarde, de forma pioneira, aponta para a vida psíquica do bebê e do feto, dizendo: “Há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do ato do nascimento nos permite saber” (Inibição, Sintoma e Angústia, 1926).

Outros autores somaram contribuições às reflexões de Freud. Em 1948, Esther Bick, ao assumir a coordenação do Curso de Psicoterapia Infantil na Clínica Tavistock de Londres, instituiu uma disciplina cujo tema era a Observação de Bebês, formalizando, em 1964, o Método de observação da Relação Mãe-Bebê-Família.

Esse interesse expandiu-se pela Europa, passando a ser uma disciplina nos Institutos de Psicanálise, dada sua importância para subsidiar, ampliar e aprofundar o exercício clínico psicanalítico.

Melanie Klein escreveu, em 1952, um artigo intitulado “Sobre a Observação do Comportamento dos Bebês”, relatando sua experiência incipiente nessa área. E, no mesmo ano, aprofundou este tema em seu trabalho “Algumas Conclusões Teóricas sobre a vida emocional do bebê”.

A partir daí, Marta Harris e Gianna Polaco Williams deram continuidade às pesquisas com bebês, utilizando o Método Esther Bick na Tavistock Clinic de Londres.

O movimento ampliou-se, surgindo núcleos na Espanha, com Manuel Perez Sanchez e, em Milão, com Alessandra Piontelli, entre outros.

O Método Esther Bick de Observação da relação mãe-bebê foi trazido da Inglaterra para São Paulo pelas psicanalistas Virginia Leone Bicudo e Lígia Alcântara do Amaral. Nessa ocasião, introduziram esse método no Curso de Formação de Psicanalistas de crianças da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Sonia Novaes de Rezende, psicóloga e psicanalista, tomou contato com o Método Esther Bick de observação da relação mãe-bebê-família, na Europa, onde estudou com os professores Pierre Fontaine e Rya Walgraff. Voltando a São Paulo, encontrou em Dona Virginia Leone Bicudo, em Dona Lígia Alcântara do Amaral e na Dra. Marisa Pellela Mélega, interlocutoras muito

interessadas em aplicar, divulgar e ampliar os estudos sobre o método criado por Esther Bick.

Em 1982, a Dra. Sonia iniciou em Campinas, no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, um trabalho com os residentes em Psiquiatria da Infância, em que utilizou o referido método. Essa iniciativa proporcionou a esses profissionais de saúde mental uma experiência emocional que permitiu um contato psíquico com os conflitos, angústias e crenças de pais, mães e filhos que, seguida de uma posterior reflexão, tinham a oportunidade de dar significado a essas vivências. Esse trabalho se mantém até os dias atuais, tendo-se ampliado, já há algum tempo, para outros profissionais de saúde. Graças a isso, entre 1993 e 1995, tive o privilégio de participar de um grupo multidisciplinar, supervisionado pela Dra. Sonia, dentro desse contexto, acompanhando o desenvolvimento das relações de um bebê com sua família, por um ano e meio.

Em 1987, a psicanalista Marisa Pellela Mélega fundou, em São Paulo o Centro de Estudos Psicanalíticos da Relação Mãe-Bebê-Família. Em 1988, essa instituição trouxe para um evento, em São Paulo, Marta Harris e Gianna Polaco Williams, da Tavistock Clinic de Londres, já citadas.

Na França, Françoise Dolto e seus seguidores vinham acompanhando, através do contato direto, a evolução do mundo mental dos fetos, dos recém-nascidos e dos bebês, criando intervenções psicanalíticas dirigidas a eles e inspiradas na leitura da Psicanálise feita por Lacan.

Há mais de doze anos, a Dra. Marie Claire Busnel, etóloga francesa, vem pesquisando a audição do feto. Em 1994, num evento, em São Paulo, promovido pela Associação Brasileira para o Estudo do Psiquismo Pré e Peri natal, ela relatou suas conclusões de que, no quinto mês de gestação, o feto ouve. Deste mesmo evento participou a psicanalista e psiquiatra de crianças francesa Myriam Szejer. Em várias conferências elas tentaram “decifrar a linguagem dos bebês” e o seu uso terapêutico e profilático. Foi nessa ocasião que tive meus primeiros contatos com a análise de bebês. Fiquei muito interessada e, em contato pessoal com a Dra. Myriam, ela forneceu-me seu endereço e uma profícua correspondência se iniciou, resultando, em 1996, num estágio no Hospital Antoine Béclèr de Clamart, próximo a Paris, onde ela trabalha.

Ainda na França, Catherine Dolto-Tolitch, filha de Françoise Dolto, desenvolveu uma técnica chamada haptonomia que junta práticas de fisioterapia e psicanálise. Através desse método, ensina a gestante a desenvolver a sua sensibilidade e a sua percepção, de modo a estabelecer um contato profundo com o feto, mediado pela palavra. Assim, podemos observar o feto atender aos chamados da mãe e do pai, mudando de posição dentro do ventre da mãe.

Nos anos 90, tanto no Brasil, como no Exterior, houve um grande aumento de interesse pelos bebês e por suas manifestações, surgindo várias instituições, cursos, eventos e publicações em torno desse tema.

Os eventos e as publicações que tiveram início por volta dos anos 70, encontram-se predominantemente concentrados nos anos 90. E dentre eles, vale destacar a Primeira Jornada Campineira de Observação da Relação Mãe-Bebê promovida pela Dra. Sonia Novaes de Rezende com o apoio da Sociedade de Psicologia de Campinas, ocorrida em dezembro de

1995. Nessa ocasião, Dona Ligia Alcântara do Amaral contou-nos a história da observação da relação mãe-bebê, como testemunha viva de algumas passagens da mesma.

Os bebês sempre estiveram ao nosso alcance, requerendo cuidados que lhes eram dispensados. Mas esses cuidados quase que se restringiam às suas necessidades físicas. Com a ampliação do movimento psicanalítico, um novo olhar começou a ser lançado sobre os bebês, sendo-lhes conferida, com maior ênfase, a dignidade de sujeitos, de seres humanos dotados de complexa gama de sentimentos e de emoções.

Além da Psicanálise, outras ciências contribuíram para esse fato. Descobertas no campo da psico-neuro-endócrino-imunologia, da embriologia, da néo-natologia, colocaram o bebê no lugar de paciente, não mais como um apêndice da mãe, mas como alguém com autonomia e características próprias, abrindo um campo de conhecimento a ser investigado com instrumentos específicos. Nesse sentido, os avanços tecnológicos favoreceram muito a evolução desses instrumentos, permitindo a constatação de fenômenos que, até então, faziam parte do terreno das meras especulações. Entre esses avanços, destacam-se a fotografia intra-uterina, a fecundação in vitro e o microscópio eletrônico. Mas cabe um lugar especial para a ecografia que permite a observação do feto em seu meio natural, sendo possível presenciar o seu dinamismo, vitalidade e manifestações peculiares, sem perturbá-lo.

II. A COMUNICAÇÃO COM BEBÊS NO UNIVERSO DA PALAVRA

1. O reconhecimento do bebê como pessoa

Falar tão insistentemente sobre os bebês e sobre suas peculiaridades pode dar a impressão de que eles são o último lançamento da tecnologia do século XXI. No entanto, sabemos que desde que a humanidade iniciou sua trajetória, os bebês existem. O que mudou, a partir dos anos 70 e, particularmente, nos anos 90, é o modo como eles começam a ser olhados. Desde então, eles vem sendo vistos como seres humanos em desenvolvimento, mas inteiros, com sentimentos, emoções, capacidade de ouvir (comprovadamente desde o quinto mês de gestação) e de serem tranquilizados – ou angustiados – com o que ouvem.

Poder falar com o bebê, ser humano, vivo e atento, implica em considerá-lo não só uma pessoa, como também um sujeito capaz de apreender, ainda que seja à sua maneira, o que lhe é dito. Isso lhe confere uma existência social e simbólica. Há, portanto, uma abertura para a intercomunicação humana.

O adulto pode dirigir-se ao bebê como uma presença continente, seja de forma silenciosa ou através da palavra. Mas também pode dirigir-se a ele de modo hostil, quer por ataques explícitos, quer por indiferença ou desconsideração.

O bebê se vê nos olhos da mãe. E o bebê que a mãe nomeia: “Que belezinha! Que bebê chorão! Não agüento mais esse bebê! Que inferno esse bebê! Que decepção...” suscita uma auto imagem no bebê que ele capta e sobre essa imagem construirá sua identidade.

O bebê responde às comunicações que lhe são dirigidas com o olhar, com o choro, com relaxamento, com manifestações corporais. Enquanto ele não fala, traduz suas emoções, sua angústia, seu desconforto, através das funções naturais de seu corpo: respiração, digestão, sistema imunológico, percepções sensoriais, sono.

O bebê, como os adultos, é um ser psicossomático. O adulto, no entanto, dispõe não só desse recurso primitivo para expressar-se, mas também dispõe de manifestações simbólicas como a palavra, a arte, o trabalho.

Como ser psicossomático, o bebê necessita de atenção somática e psíquica. Nem só uma, nem só outra. Muitas vezes, é necessário que sejam feitas intervenções médicas. E a tecnologia néo natal tem permitido a muitos bebês sobreviverem e se desenvolverem. É isso tem um grande valor. Mas com muita frequência essas intervenções e esses sofisticados equipamentos não são suficientes. A tecnologia mais primorosa perderá o seu sentido se não considerar o bebê como uma pessoa e como sujeito merecedor de consideração. Isso implica, por exemplo, em anunciar-lhe que lhe vai ser espetada uma agulha, que isso vai ser desconfortável, mas que é necessário e que ficaremos a seu lado para ajudá-lo a suportar esse incômodo.

Quando seus sofrimentos são acolhidos, transformados internamente (rêverie) e nomeados pelo adulto, o bebê pode expressar algo além de manifestações biológicas. Há uma humanização de seu sofrimento e ele é introduzido no mundo simbólico onde a mente opera. Sua angústia se torna mais suportável e ele pode manifestar sua dor segundo sua natureza humana, chorando, não um “choro louco”, “pura manha”, mas um choro de dor, de aflição. Isto é, pode expressar seus desejos e desconfortos utilizando sua mente. Abre-se uma via que transcende a manifestação somática como meio de expressar angústia.

Chorar para a mãe, ser ouvido e entendido é especialmente benéfico para o bebê. A presença das mães nas UTIs néo natais, por exemplo, oferece ao bebê a possibilidade de seu choro ser ouvido por sua mãe que, estando em estado de “preocupação materna primária” (Winnicott, DW. 1956), tem condições adequadas à compreensão de suas necessidades e sofrimentos.

Além disso, estar de novo próximo de sua mãe possibilita ao bebê recuperar alguns referenciais profundamente organizadores: o cheiro dela, seu toque, sua voz que podem minimizar as dores que o bebê esteja sofrendo e que se encontram potencializadas por angústias confusionais, sentimentos de perda de referências e de profundo desamparo.

No ventre da mãe, o bebê se encontra no meio aquático, onde a mobilidade (até mais ou menos o quinto mês) lhe permite uma vivência lúdica: nadar, saltar, brincar com as mãos, com os pés, sugar o dedo, bocejar, dormir. A temperatura é confortável e estável. Ele não é submetido a bruscas variações térmicas. A luminosidade é diáfana, tendendo para a penumbra, isto é, sua retina não é agredida por súbitas alterações de intensidade de luz.

Ele não passa fome: seu limiar nutricional é automaticamente regulado através da placenta à qual está ligado o cordão umbilical.

Dentro de sua mãe, o bebê se encontra num estado harmônico. Mesmo os ruídos que o circundam são ritmados e homogêneos: é o pulsar do coração da mãe, são os ruídos do aparelho digestivo e do aparelho respiratório dela, é o som de sua voz que ecoa no abdômen.

Ao nascer, o bebê passa pelo trabalho de parto e sai da penumbra para a intensidade luminosa das lâmpadas que estão focadas sobre ele. Sai de uma temperatura mais ou menos estável de 38 graus para um ambiente de, em média, 22 graus, onde o frio e o calor se alternam. Isso se junta à incapacidade do recém nascido de manter o equilíbrio térmico e à sua grande irritabilidade quando experimenta a sensação de frio.

Sai de um ambiente de ruídos conhecidos para um espaço onde há sons estridentes de instrumentos batendo em cubas metálicas e de vozes, mais ou menos agudas, que comentam o último jogo de futebol ou as próximas férias.

Mas, acima de tudo, ao nascer, o bebê perde um espaço continente e protetor e é manipulado, virado, desvirado, aspirado, esfregado, até ser enrolado como um charutinho permanecendo contido, mas imóvel, longe dos ruídos e odores conhecidos, num imenso espaço estéril e totalmente estranho. E depois dessa exaustiva experiência, só lhe resta fechar os olhos a tudo isso e conter tanta angústia dormindo.

De repente sua taxa nutricional decresce e ele vive uma situação desconhecida e atemorizante que o toma por inteiro. Nós sabemos, mas ele não, é a fome. E ele chora de fome e de desespero. Se a fome puder ser mitigada no reencontro com a mãe, ele terá o alimento para o corpo e para a mente. O leite da mãe é próprio, exclusivo para cada bebê e suficiente para suas necessidades. Mas quando mama no seio de sua mãe, além desses aspectos, recupera seus referenciais, o cheiro, a voz da mãe, a continência de seus braços que lhe restituem uma situação conhecida e confortável, uma memória agradável de onde, até há pouco, se encontrava e onde permaneceu por nove meses.

Pensar nesse turbilhão de emoções que o bebê recém-nascido vive e que é fonte de grande angústia, pode ampliar nossa compreensão de seu choro, pois com excessiva frequência é diagnosticado como sinal exclusivo de cólicas.

O pulmão é o último órgão a amadurecer no feto, mas nem só por isso são tão frequentes os problemas respiratórios nos recém-nascidos. Para o bebê o nascimento significa uma mutação no sistema de intercâmbio com sua mãe. Há, por assim dizer, uma troca ecológica. Dentro da mãe, ele vivia no meio aquático e as formas de troca nutricional, de respiração e de excreção com sua mãe eram placentárias. Depois de nascer, ele passa para o meio aéreo, perde a exclusividade nutricional com sua mãe e é compelido a adquirir autonomia funcional de seus pulmões, de seu aparelho digestivo e de sua regulação térmica. Agora o bebê é forçado a entrar num modo de funcionamento fisiológico que implica em trocas indistintas: qualquer um pode alimentá-lo, qualquer um pode contê-lo nos braços.

Além disso, embora se componha de partes maternas e de partes embrionárias, a placenta pode ser considerada um órgão do feto, pois se desenvolve, em grande parte, a partir do ovo, implantando-se nas paredes do útero por volta do terceiro mês de gestação. Quando a criança nasce, a placenta cessa de funcionar e é feita a cesura do cordão umbilical que está

ligado a ela. A partir daí, a criança tem que aprender a respirar usando seus pulmões e suas vias respiratórias. Assim, a cada inspiração e a cada expiração, vive a constatação de que está irremediavelmente separada de sua mãe. O ar que passa a circular em seus pulmões pode, como dizem alguns, suscitar dor física. Se assim for, essa dor certamente será potencializada pela dor mental de estar separada de sua mãe.

Então, respirar usando os pulmões, acorda memórias de sofrimentos relativos à separação e à perda da exclusividade nas trocas com a mãe. Muitos sofrimentos respiratórios dos bebês se relacionam a essa vivência de angústia que, se não é nomeada, é expressa pelo corpo por meio de uma patologia ante a qual, muitas vezes, os procedimentos clínicos se mostram pouco efetivos.

Com essa compreensão, pode-se lançar uma nova luz sobre os problemas respiratórios dos recém-nascidos, em especial, dos prematuros. Essas patologias podem ser entendidas como uma forma dos bebês expressarem que ainda não estão prontos para entrar nesse sistema de trocas indistintas e que têm, ainda, uma necessidade vital da relação exclusiva com sua mãe.

Quando a mudança do meio aquático para o meio aéreo é feita com doçura e mediada pela palavra, sendo o bebê chamado por seu nome e sendo apresentado à sua mãe, ao seu pai e ao mundo, muitos sofrimentos são evitados. Permite-se que a placenta cesse de funcionar progressivamente, enquanto a respiração pulmonar se instala e assegura a chegada do oxigênio necessário. Se, enquanto a respiração aérea se inicia, o bebê é colocado sobre o ventre de sua mãe – ninho de seu tamanho, agora utilizado pelo lado de fora – há o resgate de uma aproximação tão conhecida, sendo-lhe permitido continuar em contato com as referências maternas a que está acostumado.

Desse modo, a ruptura se torna menos brutal. Há uma passagem acompanhada pela mão –ou pelo ventre– da mãe e não o sentimento de cair no vazio, num ambiente estranho e inóspito.

A partir do momento em que o pulmão do bebê funciona, surge a possibilidade da emissão da voz e, daí em diante, será a via pela qual vai reinstaurar a troca privilegiada com a mãe.

Tendo como dado aceito que os bebês são pessoas, são sujeitos dignos de consideração e ouvem, resta-nos perguntar o que eles fazem com o que ouvem, isto é, que tipo de decodificação o bebê faz com as palavras ouvidas.

O bebê como ser humano virtualmente falante, é sensível à palavra. Ele tem uma forma de compreensão incipiente e uma sensibilidade receptiva à atenção que lhe é dada. Ele desenvolve e estabelece um sistema de trocas extremamente complexo e organizado desde muito cedo.

A linguagem evolui de uma disposição herdada, presente desde muito antes do nascimento. Por isso, o feto reage ao que lhe é dito por sua mãe quando ainda está em seu ventre. Pode-se, então, dizer que o bebê é um “ser destinado a falar” e que responde, já ao nascer, ao que lhe é dito, ficando atento, parando de chorar, sorrindo.

A mãe entra em contato com a criança, sem se importar com o fato dela ser ou não capaz de processar essa relação através de representações mentais cognitivas ou de linguagem, como faz o adulto. O bebê, por sua vez, não sabe sobre a natureza do objeto que o afeta. Pode não

ter pensado sobre ele de modo cognitivo, mas foi impressionada por ele e a ele reage de modo analógico. Por isso, é possível que, num trabalho psicanalítico futuro, essas memórias aflorem ao pensamento, sendo revividas por meio da linguagem, podendo, então, ser expressado o que era conhecido, mas ainda não tinha sido pensado. A isso o psicanalista inglês Christopher Bollas chama de “conhecido-não-pensado” (Bollas, C. 1992).

Essas afirmações podem ser descritas de um outro modo. O neurobiólogo e pesquisador do College de France, Jean-Pol Tassin (1998) diz que, no recém-nascido humano, os sistemas de recepção sensoriais já se encontram operantes, o que não ocorre com as vias associativas mielinizadas cortiço-corticais. Assim, as mensagens sensoriais que o recém-nascido recebe, ao atingirem as áreas corticais – ainda inoperantes, tanto quanto se sabe nos dias atuais- são imediatamente recolhidas pelo sistema límbico de um modo analógico e não são tratadas de um modo cognitivo.

Então, nos perguntamos: o recém-nascido compreende as palavras? Não sabemos, mas, se compreendê-las, não é do mesmo modo como nós compreendemos. É certo que as armazena e as guarda com ele. Não num estoque estático, mas dinâmico, pois quando nos dirigimos a um bebê, há transformações que se processam e mudanças perceptíveis no seu funcionamento mental e corporal.

De qualquer modo, essas mensagens estocadas de modo analógico (ou inconsciente, emocional, como integrante dos processos primários) poderão ser resgatadas pela linguagem, mais adiante e tratadas, então, de modo cognitivo.

2. Fundamentos Teóricos que sustentam o ato de falar com o bebê

A psicanálise dos bebês nasceu das mãos e do coração de Françoise Dolto, entre o fim dos anos 70 e início dos anos 80.

Myriam Szejer que conviveu com ela, participando regularmente de sua consulta com crianças pequenas e bebês, no contexto de uma formação psicanalítica, conta que Françoise Dolto sublinhava constantemente que, na idade dita pré verbal, a criança expressa muito além do arcaico do qual fala a psicanálise tradicional, havendo uma espécie de palavra. Ela falava muito com os bebês e pensava que, com eles, se trocam palavras mais diretas do que com os adultos. Havia nela uma paixão pelas crianças e pela força de viver que a animou a trabalhar até o fim de sua vida em 1988.

Por um curto espaço de tempo, Caroline Eliacheff continuou o trabalho de Françoise Dolto junto aos bebês. Mas, mais recentemente, fez-se encargo dele, Myriam Szejer, psiquiatra de crianças, psicanalista e presidente da Associação “La Cause des Bébés”, em Paris.

Esse fragmento da história dessa forma de trabalhar com os bebês deixa evidente que ela nasce da paixão. Sejam quais forem as motivações inconscientes de cada um, o fato é que resultam num empenho de vida ou morte, em que predomina a força da vida.

Para quem está identificado com esse trabalho, a paixão é suficiente. O trabalho começa sendo feito, se vê os resultados e isso é o bastante. Mas é preciso sensibilizar os não apaixonados – que, na maioria das

vezes, detêm o poder de abrir ou fechar portas – para que nos deixem trabalhar com os bebês. E, para sermos ouvidos, é preciso sermos científicos.

Quando estive com Myriam Szejer, em 1996, participando, como estagiária, do seu trabalho no Berçário do Hospital Antoine Béclère de Clamart – e sou muito grata a ela por isso -, ela me dizia que não estava interessada em certificar-se de que os bebês entendem a semântica das palavras ou se eles captam apenas a prosódia, mas que ela falava com eles e os sintomas desapareciam, o que lhe parecia satisfatório. Contudo a comunidade científica pressiona e, de lá para cá, ela já escreveu dois livros sobre o trabalho psicanalítico com bebês, tentando transformar arte em ciência.

A própria Françoise Dolto estava tão pouco interessada em teorizar sobre esse trabalho, que nunca escreveu uma obra específica sobre o tema, esses dados se encontram espalhados por toda a sua obra.

Igualmente a Dra. Marie-Claire Busnel, emérita pesquisadora da Universidade de Paris, falando de sua pesquisa sobre a audição do feto diz: “Tem-se recorrido à Eletrofisiologia ou à Bioquímica (como método de pesquisa) e não me aprofundarei nisso. Peço que acreditem em mim ou que verifiquem por si mesmos”. (Busnel, Marie-Claire, 1994).

Parece-me, contudo, um desafio interessante e gratificante, pois é possível verificar-se cientificamente, o que a paixão pelos bebês e a intuição indicam.

Deste modo, vamos focar os dois membros desse diálogo: o bebê e o adulto. Ambos são de natureza semelhante, mas se encontram em estados evolutivos e maturacionais bastante diversos.

Centraremos nossa reflexão sobre três aspectos: a capacidade de audição do feto e do recém-nascido, elementos da ontogênese neurobiológica e elementos da psicanálise de bebês.

A Dra. Marie Claire Busnel, etóloga, fisióloga e pesquisadora do Departamento de Genética, Neurogenética e Comportamento da Universidade Paris V, vem estudando há mais de dez anos a sensorialidade fetal e a audição pré-natal.

Estudou as principais modalidades de audição do feto, seus limites e suas variações em função de características do estímulo, tais como frequência, intensidade e ritmo e concluiu que ele pode ouvir desde o quinto mês de gestação.

Os dados foram recolhidos em situações em que o feto se encontrava em sono tranquilo e em sono agitado, observando-se variações do seu ritmo cardíaco concomitantes aos estímulos acústicos.

Um ruído forte (110 dB) produz aceleração cardíaca fetal e, muitas vezes, movimento do seu corpo. Ruídos menos intensos (80 dB) ou familiares, tais como música ou sinais de linguagem, em geral, produzem desaceleração.

Durante algum tempo, chegou-se a pensar que o sistema sensorio-motor ou reações hormonais do feto e variações do ritmo cardíaco da mãe, pudessem ser responsáveis pelas respostas do feto aos estímulos acústicos e vibratórios. Isso porque o sistema auditivo fetal não está amadurecido, como demonstram o desenvolvimento da mielinização e do nível de maturação dos potenciais auditivos evocados. No entanto, várias observações foram modificando essas hipóteses. Foi demonstrado que além

de escutar, o feto possui certa forma de memória, pois sua reação diminui de intensidade quando um som é repetido, evidenciando que se habitua a ele.

É capaz de discriminar o som de duas sílabas (Bi-Ba) que, quando repetidas provocam uma diminuição dos batimentos cardíacos. Quando a ordem é invertida (Ba-Bi), o nível de aceleração volta a se elevar. Age do mesmo modo quando lhe é contada uma história nova ou uma já conhecida, assim como quando são recitados trechos de poemas ou são apresentadas músicas.

O feto diferencia e parece preferir a voz feminina à voz masculina e a voz de sua mãe a qualquer outra. Portanto há reconhecimento e escolha discriminativa.

Também foi observado que o recém-nascido a termo prefere o que já ouviu antes de nascer, inclusive o som do idioma mais frequentemente utilizado no seu ambiente pré-natal, mas, acima de tudo, prefere o som da voz de sua mãe.

Foi demonstrado por De Casper e seus alunos, citados pela Dra. Marie-Claire Busnel, que os bebês de dois dias preferem o som de uma voz, ao silêncio e confirmam que preferem a voz feminina à masculina e a voz da mãe a qualquer outra voz. Também observaram que a música acalma os bebês.

Os pré-maturos de 34 e 38 semanas de gestação reagem a várias entonações da voz materna e mudam de comportamento quando a mãe se dirige diretamente a eles, mostrando-se atentos. Quase sempre há uma aceleração do ritmo cardíaco quando a mãe pronuncia as primeiras palavras. Se estavam chorando ou agitados, a voz da mãe os acalma.

Apesar dessas descobertas parecerem muito estimulantes, junto minhas preocupações às da Dra. Busnel no sentido do modo como esses conhecimentos podem ser utilizados. Por exemplo, como sabemos que o bebê reage favoravelmente à música, à voz de sua mãe e às cantigas de ninar, poderia-se recorrer a uma emissão sistemática desses sons, “para acalmá-lo”, sem tentar compreender a causa de seu choro e, além disso, privá-lo da continência materna de que ele necessita.

Saber que a gravação da voz da mãe, que a roupa com seu cheiro e que o seu leite (em mamadeira) podem ajudar o bebê a suportar uma separação inevitável por hospitalização, viagem ou mesmo luto, poderia sofrer um desvio no sentido de sistematizar esses estímulos com o fim de um aprendizado programado. Tais usos, ao invés de significarem uma evolução na compreensão dos fetos, dos pré-maturos e dos recém-nascidos para melhor acolhê-los, significaria um retrocesso aos anos 30 em que Aldous Huxley concebeu o “Admirável Mundo Novo”, aliás, nem tão admirável assim.

A seguir, vamos falar da controversa condição do bebê de compreender as palavras que lhe são ditas e as quais, já sabemos, ele ouve.

O neurobiólogo francês e pesquisador do College de France, Jean-Pol Tassin, já citado, escreveu, em 1997, um importante artigo intitulado: “A ontogênese do funcionamento psíquico: do analógico ao cognitivo”.

Nesse texto o autor afirma que, no sistema nervoso central, as informações podem receber dois tipos de tratamento: um rápido, analógico, ao qual não temos acesso direto e um lento, cognitivo, acessível voluntariamente. No adulto, enquanto acordado, oscilam esses dois modos de funcionamento sob o controle dos neurônios moduladores.

É a repetição da entrada de uma mesma informação que dá origem à memória. Se for apresentada ao sistema uma parte qualquer da memória, ela converge para uma situação estável que tende a restituir a memória em sua totalidade.

Hopfield, citado por Jean-Pol Tassin, mostrou que cada memória corresponde a um estado de energia mínima que pode ser considerado um reservatório que fica atraindo para uma memória estocada todas as informações próximas dessa e as torna análogas a essa memória.

Esse modelo tem o mérito de dar conta de duas características essenciais do Sistema Nervoso Central, a saber:

1. A propriedade de tratar a informação em paralelo
2. A propriedade de reconstituir uma informação completa a partir de elementos esparsos.

Por exemplo, o reconhecimento de um rosto não surge de uma pesquisa sequencial, nem de uma análise sucessiva de todos os componentes do rosto.

Desde o nascimento e, mesmo antes, as memórias, as percepções e as sensações se constituem segundo o princípio analógico. Mais tarde, os atos motores se associam e depois se classificam em categorias, mas são tratados, inicialmente, de um modo analógico. O tratamento cognitivo, mais lento, que põe em jogo várias estruturas cerebrais tais como o córtex pré-frontal, ainda são inoperantes no bebê.

No início da vida, a informação progride a partir de uma área sensorial primária, particularmente os neurônios monoaminérgicos, através de uma série de áreas associativas para-sensoriais. Cada uma dessas vias conduz a uma das três modalidades sensoriais: somestesia, visão, audição.

É provável que um estímulo sensorial seja analisado e classificado segundo propriedades associadas que tenham existido mais freqüentemente antes, entrando em jogo as conexões com o sistema límbico que toma em conta os comportamentos afetivos. Enquanto a informação não apresentar um caráter de novidade, o tratamento da mensagem pode ser feito de modo analógico. Mas se a mensagem for nova e complexa, será tratada por áreas corticais hierarquicamente superiores, tais como o córtex pré-frontal. Essa área intervém na organização temporal do comportamento e tem a propriedade de manter a informação ativa até a obtenção de solução considerada satisfatória.

A persistência da informação possibilita a análise, a classificação e a modificação de seus dados. Permite, também, a memorização consciente e a comparação dos elementos essenciais, podendo simplificá-los e guardá-los. Deste modo, é possível imaginar e prever situações o que envolve abstração, simbolização e antecipação.

No recém-nascido humano estão em funcionamento os sistemas sensoriais de recepção, entre eles, a audição. Ao longo do desenvolvimento, os sistemas associativos e as vias monoaminérgicas vão entrar em ação progressivamente, superpondo-se aos circuitos analógicos cujas tramas existem desde o nascimento. O tratamento cognitivo é praticamente inexistente no momento do nascimento, pois as vias associativas mielinizadas cortiço-corticais ainda não se constituíram. Mesmo as vias noradrenérgicas, serotoninérgicas e dopaminérgicas estão muito parcialmente desenvolvidas. Logo, as mensagens sensoriais que o recém-nascido recebe só

podem ser tratadas de modo analógico, pois as informações que atingem as áreas corticais são, imediatamente, recolhidas pelo sistema límbico, de um modo analógico.

Assim, as lembranças ou memórias desses primeiros tempos não poderiam ser chamadas voluntariamente à consciência, já que a sua estocagem foi realizada de um modo analógico. Isso não significa que essas memórias não existam e, menos ainda, que não possam influenciar decisões ulteriores. Isso significa, apenas, que o que foi estocado desse modo não permite decodificação direta no estado consciente.

Na comunicação entre um adulto e um bebê, alguns estímulos emitidos pelo adulto têm características bastante próximas do modo analógico disponível à criança e, por isso, podem ser tratados por ela imediatamente.

Então, se agora admitimos que o bebê ouve e acolhe o que lhe é dito, ainda que seja de um modo peculiar, podemos pensar sobre o sentido de se falar com um bebê com uma intenção psicanalítica.

Um dos grandes objetivos da Psicanálise é favorecer o contato da pessoa com aspectos emocionais ativos mas de difícil acesso que se mantém fora do alcance voluntário, dando, mesmo, a impressão de não lhe pertencerem. Restituí-los ao legítimo dono permite a reintegração desses aspectos e o fortalecimento da personalidade. É claro que estou falando de aspectos inconscientes cujo resgate esbarra no fato de se encontrarem entretecidos com angústias e conflitos. Isso dificulta essa tarefa, pois há o medo de sofrer e o enrijecimento defensivo.

O bebê sofre, vive angústias violentas, mas tem a plasticidade própria do que é novo. O bebê ainda não tem medo de ter medo, pois falta-lhe a capacidade de antecipação necessária para experimentar esse sentimento. Suas defesas são poderosas, mas os conflitos ainda não se encontram estratificados em sucessivas e rígidas camadas. Nisso reside o valor preventivo do trabalho analítico em tenra idade, sendo muito mais efetivo e seus ecos imediatos e futuros são claramente perceptíveis.

A prática psicanalítica com bebês utiliza-se de elementos do discurso lacaniano e repousa sobre a hipótese de que os efeitos de uma palavra dirigida ao recém-nascido ou ao bebê podem definir para ele o seu lugar entre as histórias de duas linhagens que incluem conflitos os quais podem recair sobre ele.

As palavras que lhe são ditas podem favorecer a memorização de alguns elementos que o ajudarão a adquirir as referências necessárias para a simbolização de suas vivências e de seus sofrimentos, discriminando-as dos que pertencem aos seus ancestrais, podendo, então, encontrar o seu lugar num espaço novo e destituído de “teias de aranha e de mofo”. A decodificação de todos esses elementos cabe ao psicanalista cujo trabalho, fora do consultório, sofre algumas alterações.

Trabalhar psicanaliticamente com recém-nascidos, especialmente com pré-maturos, implica, em geral, em vê-los no contexto hospitalar. Isso exige uma atenção especial para não ferir um dos principais elementos do setting que é o desejo do paciente de ser atendido e que se manifesta num pedido explícito.

Nos hospitais, as prescrições não tomam em conta a vontade do paciente. Ele deve se submeter, de preferência, sem perguntas.

Mas não é possível prescrever psicanálise e ministrá-la à revelia do paciente, pois isso indicaria que o desejo de análise – ou de contato profundo com a própria mente-, pertence à equipe e não ao paciente. Para se oferecer psicanálise na maternidade é indispensável criar um enquadramento que garanta à mãe a possibilidade de expressar sua demanda da consulta psicanalítica para si e para seu bebê. Deste modo, é necessário que os demais membros da equipe sejam sensibilizados para que percebam as situações em que a intervenção do psicanalista pode ser benéfica para o bebê e para sua mãe e possam informá-la de que, naquela instituição, há um membro da equipe habilitado para esse tipo de terapêutica. Esse procedimento garantirá que só haverá uma intervenção psicanalítica se a família assim o desejar. Se não desejar, isso será respeitado mesmo que a necessidade seja evidente.

A especificidade desse trabalho se apoia, ainda, sobre a hipótese de que o bebê é, antes de tudo, um ser humano tomado pela linguagem, presente nele desde antes de sua concepção. Isso ocorre quando ele é nomeado, imaginado, quando ele é objeto de expectativas e de sonhos dos pais, às vezes, mesmo antes de se conhecerem.

Quando nasce, a criança atinge uma autonomia de sujeito desejante, sensível à linguagem e em cujo discurso vai ocupar o seu lugar, com sua própria subjetividade, ainda que carregada pela história familiar e em cuja teia se encontra.

A psicanálise dos bebês pretende por à luz o sentido do discurso deles, discriminando-o do dos pais, através de palavras verdadeiras sobre sua identidade e sobre sua localização na trama familiar. Isso inclui o seu estado de saúde que pode ser precário, bem como suas limitações, malformações, dificuldades, beleza, talento. É preciso situá-los, também, em relação à morte de irmãos, gêmeos em especial.

Essas verdades podem parecer cruéis, no entanto são a possibilidade de um contato com a realidade que permite elaborar lutos e usufruir de recursos. Permite uma construção consistente da personalidade, evitando-se “buracos cobertos por panos quentes” sobre os quais não se pode construir coisa alguma. A verdade liberta e permite evolução numa direção original e criativa.

Os bebês são receptivos às palavras verdadeiras. Se mostram atentos e respondem a seu modo, com o corpo, com o sorriso, com a remissão do sintoma, pois são tocados simbolicamente na sua dignidade de sujeito desejante concernente a duas linhagens.

Como psicanalistas podemos pensar que o que dizemos aos bebês entra em consonância com outras informações que se encontram dentro deles desde sua vida fetal sob a forma sensorial. Se essas informações não são nomeadas através de palavras, permanecem ligadas a eventos e condutas sobrecarregados por sentidos estereotipados que passam através de uma transmissão psíquica transgeracional movida pela compulsão à repetição. Os quadros psicossomáticos que podem decorrer dessas situações são muitos. A intervenção médica permite o alívio sintomático imediato e a curto prazo, mas não aborda o sofrimento psíquico concomitante que pode ser entendido numa dinâmica dos significantes familiares num contexto simbólico.

As palavras verdadeiras podem unir um sentido novo às percepções memorizadas e isso pode evitar que se convertam em

desorganização do corpo e de suas funções, permitindo o fluxo natural da energia vital.

3. Exemplos de intervenções psicanalíticas com bebês

RENATA

Nascida em 15/11/1996

UTI NEO NATAL do CAISM – UNICAMP

Intervenção psicanalítica: 21/11/1996

Idade: 5 dias

Responsável pelo atendimento: Psicóloga Maria Nurymar Brandão Benetti

Trata-se de um bebê sobre cuja idade gestacional, ao nascer, pairam dúvidas:

43 semanas pela amenorreia

42 semanas pela ecografia

41 semanas pelo capurro

Pós data sugerindo indução de parto

O parto é natural e a criança apresenta bom peso ao nascer, não tendo havido intercorrências. Logo após o nascimento, quando foi apresentada à mãe, parou de respirar, fazendo uma anóxia grave. As sucessivas medidas do Apgard (que varia de 0 a 10), registraram 1, 3, 3, 5 e 8. Demorou quinze minutos para respirar, apesar de todos os esforços da equipe e foi entubada.

Aparentemente não havia motivo orgânico para a instalação de tal quadro. Os médicos passaram a investigar as causas clínicas do mesmo, pois havia uma suspeita de pneumonia, embora não se observassem os sintomas esperados nessa doença.

Uma médica que estava presente ao parto relatou que quando a equipe mostrou a criança para a mãe, ela perguntou:

-O que é?

E alguém da equipe respondeu:

-É uma menina.

E a mãe disse em voz alta:

- Que decepção!

Em seguida a criança parou de respirar.

A mãe se disse arrasada quando soube que a criança tinha parado de respirar após ter nascido bem. Ela foi encaminhada para a psicóloga da equipe com quem teve algumas entrevistas. Nessas ocasiões falou longamente sobre sua história. Ela é solteira, mora com um filho de sete anos e com uma filha de 4 anos, nascidos de uniões com diferentes companheiros. O pai de Renata é um companheiro esporádico da mãe, mas manteve a gravidez, achando que pudesse ser um menino. Seu filho mais velho vem apresentando dificuldades no relacionamento com ela e acha que isso se deve à falta de homem em casa. Por isso pensou que um irmão poderia ajudá-lo.

Em outras entrevistas, a mãe chorou, contou sobre suas fantasias e medos e disse sentir-se culpada e responsável pelo mau começo

de vida de sua filha Renata. Aliás, alguns membros da equipe da UTI compartilham essa opinião. Contudo, a mãe questiona se o atual estado da menina não se deveria ao fato de ter passado a data do parto ou ao fato de ter sido parto normal ou, ainda, se o cordão umbilical não teria se enrolado.

A mãe diz que percebeu um momento tenso do bebê durante o trabalho de parto, como se não estivesse confortável no momento das contrações, “parecia estar em sofrimento”.

Durante os atendimentos, a mãe mostrou-se bastante voltada para a recuperação de sua filha, comparecendo nos horários de visita e participando do grupo de pais. Além disso, ela aceitou que a filha fosse vista por mim.

Chego à UTI acompanhada pela psicóloga que vem dando assistência à mãe de Renata. Aproximo-me dela e a vejo de olhos fechados. Eu me pergunto se ela dorme e se eu deveria acordá-la. Consulto a colega e decidimos falar com ela. Digo-lhe:

“- Renata”.

Ela abre os olhos, mas não me olha e eu continuo.

“- Eu sou Nurymar, sou psicóloga e estou aqui porque sua mãe aceitou que eu visse você”.

Ela permanece atenta.

“Você não está mais no ventre de sua mãe. Foi difícil para você sair de lá.

Faço uma pequena pausa.

“- Quando estava dentro de sua mãe, não precisava respirar, mas agora que está fora, se quiser viver, precisa respirar com os seus pulmões. Só você pode decidir se quer viver ou não”.

Ela começa a mover as perninhas e os bracinhos, dando-me a impressão de que estava disposta a lutar pela vida.

“- Parece que você está disposta a lutar pela vida. De fato, está melhorando, já não está entubada, precisa de menos ajuda para viver”.

Sinto-me muito emocionada ao dirigir-lhe essas palavras e ao perceber sua resposta e penso que, talvez, já seja o suficiente neste dia. Digo-lhe:

“- Renata, estou me despedindo, voltaremos num outro momento”.

Ela começa a mover-se vigorosamente, virando a cabeça de um lado para outro e eu pergunto:

“-Não?! Você não quer que eu vá embora”?

Ela fica quietinha, atenta, mas continua sem me olhar e eu decido continuar um pouco mais e trabalhar suas possíveis questões de gênero.

“- Renata, quando você nasceu, disseram para sua mãe que você é uma menina e você a ouviu dizer: “Que decepção!”.

A criança franze a testa e fica com um ar de sofrimento.

“- Deve ter sido muito difícil, muito sofrido, ter ouvido sua mãe dizer isso E agora você está podendo me mostrar o seu sofrimento com o seu rostinho, não precisa mais usar o seu pulmão para isso”.

E, depois de uma pausa:

“- Sua mãe mudou de ideia, ela quer muito que você viva. Ela deu um nome a você, Renata. Ela está preocupada com você, tem vindo

sempre visitá-la, mostrando que gosta muito de você, mesmo sendo uma menina”.

“- Agora eu vou embora. Tchau, Renata, tudo de bom”.

Quando me preparo para sair, uma médica se aproxima e pergunta se estamos conversando com Renata. Respondo que sim e ela diz que a menina melhorou muito e que já estava estabelecendo algum contato.

Na semana seguinte, quando volto para vê-la, ela tinha recebido alta.

Comentários:

Minha participação na Equipe de Neo Natologia do CAISM da UNICAMP, se deu no contexto de um convite da Sessão de Psicologia, então coordenada pela psicóloga Regina Sarmento com quem eu mantinha contato por ter, desde longa data, estagiários da disciplina Psicologia das Relações Pai, Mãe, Bebê nas situações de Gestaçã, Parto e Puerpério, do Curso de Psicologia da PUCCAMP.

Como eu havia feito um estágio nos Serviços coordenados por Myriam Szejer e por Caroline Eliacheff, em Paris, em janeiro e fevereiro de 1996, fizemos um projeto em que pudéssemos usar os conhecimentos adquiridos naqueles estágios, através da psicanálise de bebês na UTI Neo Natal do CAISM. Desde logo, a Psicóloga da Equipe Maria Silvia Setúbal mostrou-se muito interessada no projeto e participou comigo intensamente do mesmo.

Em relação ao atendimento, feito com Renata, nome fictício, aliás, e escolhido a dedo pelas circunstâncias de nascimento dessa bebê, tecerei alguns comentários, pois cada palavra foi dita com uma intenção muito clara e inspirada num modo de compreender os bebês apontado por Françoise Dolto e seguido por Caroline Eliacheff, por Myriam Szejer e por mim.

Inicialmente, me dirijo a ela, chamando-a pelo nome, pois este designa sua identidade peculiar e, com isso, eu a reconheço como uma pessoa com atributos característicos dela. Apresento-me a ela mencionando meu nome, função e a razão pela qual estou ali porque penso que esse pequeno sujeito merece essa consideração. Dirijo-me a ela sem usar expressões no diminutivo ou em tom “manhês” como se costuma falar com os bebês em outros contextos. Falo com ela de um modo que ela possa resgatar, mais tarde, numa análise, talvez, porque me parece claro que o que lhe digo ficará registrado.

Quando menciono o seu nascimento, reconheço o sofrimento que passou e me solidarizo com ela. Abordo, em seguida, suas questões respiratórias às quais atribuo um sentido relacionado ao seu sofrimento emocional. E, mais uma vez, reconheço-a como um sujeito que decide sobre sua existência, desejando viver ou não.

É muito emocionante ver um bebê de tão tenra idade, reagir a palavras verdadeiras e que lhe dizem respeito. Tanto eu, como minha colega Maria Silvia Setúbal, ficamos muito surpresas com isso. E, como Renata “pede” que continuemos, resolvo abordar a questão de gênero.

Penso que é possível que as palavras da mãe, na hora do nascimento de Renata, possam constituir uma motivação profunda para ela não aceitar o fato de ter nascido uma menina. Na minha fala contemplo a possibilidade de Renata reconhecer o desejo da mãe – que poderá se juntar ao

dela- de que ela viva e de que seja menina. Trabalhei, também, a possibilidade de nomear e simbolizar o sofrimento sem precisar expressá-lo através do funcionamento de corpo, de seu pulmão.

Muita pesquisa e muita reflexão devem ser somados a essa experiência, mas vejo-a como um campo valioso para a profilaxia de distúrbios emocionais importantes. A doença mental pode vir das representações coisa (Freud, 1911) que trazem uma mensagem com sentido ainda não compreendido, o sabido não pensado (Bollas, C. 1992) e que formam “buracos” constituídos pelos “não ditos” (Dolto, F. 1996). Quando esse sentido adquire representação palavra o sofrimento pode ser simbolizado, pensado e tratado de forma mais favorável. Nesse sentido, espero que seja útil a Renata a breve conversa que tivemos.

CLAUDE, HERVÉ, BRICE

Nascido em 09/10/1995

Primeira consulta em 18/12/1995

Segunda consulta em 10/01/1996

Centre Medico Pedagogique de Issy lès Moulineaux – Paris.

Responsável pelo atendimento: Dra. Caroline Eliacheff

A mãe deu à luz incógnita o que decidiu, desde o início da gravidez. Ela deixou dados pessoais com a Assistente Social para serem informados ao bebê que são os seguintes: ela é francesa de origem basca e italiana. O pai é coolie (nascido nas Caraíbas, mas de origem indiana). Não será de espantar que ele ame o mar porque ela, a mãe, viveu num meio aquático. Ele será grande. Se pai mede 1,99 m e ela 1,75 m.

Diz que deixou-o para adoção num “gesto de amor”. Ela não poderia criá-lo porque está separada do pai dele e ela escondeu a gravidez das pessoas de seu ambiente. Não houve acompanhamento da gestação, mas ela sabia da possibilidade de dar à luz em segredo. Não há informação alguma sobre o desenvolvimento da gravidez e, tão pouco, sobre as razões que não a levaram a abortar, o que é um procedimento legal na França.

O bebê nasceu num contexto de urgência porque o hospital estava lotado. Ela não queria ver o bebê, mas pediram-lhe autorização para colocá-lo sobre seu ventre enquanto cortavam o cordão umbilical. Ela não o olhou. No dia seguinte, antes de sair da maternidade, ela perguntou qual era o sexo da criança e lhe deu os pré nomes.

O bebê foi retirado do hospital por uma pessoa do Auxílio Social à Infância que o levou à Pouponnière (berçário). Ele chegou acordado, atento, fixando bem o olhar e tomou suas mamadeiras sem dificuldades.

Com três semanas, em 30 de outubro, foi hospitalizado num serviço de pediatria por bronquiolite de origem pulmonar. Durante a hospitalização fez dois episódios de agravamento, mas não chegou a ser necessária reanimação. Voltou para a Pouponnière em 09 de novembro com um eritema nas nádegas muito difícil de sarar. Perdeu peso com a doença, mas recuperou rapidamente. A partir desse momento, todos observam que ele

presta muita atenção ao que acontece no quarto, reage aos barulhos ou quando se chama seu nome. Estando no colo, foge ao olhar e, mesmo, ao contato, jogando-se para trás, salvo na hora de tomar a mamadeira. Quando está sendo trocado, vira visivelmente a cabeça, fica tenso, com os punhos cerrados.

Dois dias depois de sua volta do hospital, surge uma excrescência umbilical tomada, inicialmente, por uma hérnia e que, provavelmente, estava escondida entre as dobras da pele. A atendente explica a ele para que serve o cordão umbilical: liga-o à mãe e é cortado no momento do nascimento. Essa atendente está presente na consulta e diz: "eu o conheço desde 31 de outubro e foi a primeira vez que ele me olhou com uma intensidade especial".

Ele terá três meses em 09/01/1996. O Pré Conselho está previsto para 22 de janeiro e o Conselho para 06/02.

18/12/1995

Ele é um belo bebê de pele branca com um queixinho fugidio.

Quando ele chega à consulta, apresenta um leve estrabismo convergente, o que depois cessa e que, aliás, ele nunca fez diante do pediatra (sábria iniciativa). Ele está nos braços da atendente, inicialmente sem a olhar, tenso. Mas quando Caroline Eliacheff dirige-se a ele e lhe fala, ele fixa o olhar na atendente, sem piscar, a tal ponto que ela desvia o olhar.

Ele apresenta excelente coordenação que a analista enfatizou. O que dizer a Hervé? Ele chorou durante todo o começo da sessão enquanto contavam como foi o parto. Eram gritos de cólera bastante vigorosos, sem lágrimas. Depois ele parou e ficou especialmente atento quando Caroline Eliacheff falou a ele sobre a vida intra uterina e que somente ele sabia o que tinha acontecido naquele momento, mas que poderíamos pensar, porque ele convergia os olhos no momento em que olhava Caroline Eliacheff, que sua mãe de nascimento pensou em abortá-lo. Contudo, ela não o fez e ele também decidiu continuar vivo. É provavelmente o período que ele vive agora, quando espera para saber se sua mãe de nascimento mantém sua decisão. Sua mãe não quis vê-lo, portanto, ela não o reconheceu pelo olhar. Ela soube que ele é um menino, mas não foi por isso que ela o colocou para adoção. Ela não queria tocá-lo, mas impuseram isso a ela. Ele sentiu a pele dela, mas ela não o olhou.

Nesse momento, ele fixou os olhos nos da atendente como se dissociasse a pessoa que fala, Caroline Eliacheff e a pessoa que o olha, a atendente. Isso faz Caroline Eliacheff pensar que, conscientemente ou não, a equipe que fez o parto dessa mulher impôs-lhe o contato que ela não desejava com o bebê na tentativa de criar um laço o que incomodou tanto a mãe como o bebê. Ele não tem fobia ao olhar, mas talvez tenha uma desconfiança ao olhar, porque olhar é igual a reconhecer.

Ele será revisto logo depois da data fatídica dos três meses.

10/01/1996

Ele está agora com três meses e um dia. A atendente informa que ele, agora, se deixa tomar nos braços e aqui está muito sorridente.

Caroline Eliacheff comenta que, dentro do ventre, a pele é como um ouvido. Pensa que ele foi violentado pela falta de intenção da mãe de

manter contato com ele e pela imposição da equipe que fez o parto. Ela sugere que as atendentes fiquem atentas ao que o bebê expressa diante dos candidatos a pais adotivos.

Caroline diz a ele: “Tua mãe decidiu fazer o que tinha falado. Tu talvez já o soubesses, mas nós não. Então, provavelmente, não a verás mais. Digo provavelmente porque as leis estão mudando e é possível que queiras vê-la no futuro e ficar com ela. Isso veremos”.

“Ela desejou que fosses criado por uma família adotiva e assim será. Há muitas famílias querendo adotar crianças, mas é preciso que tu também adotes a família que te escolher. Tu nos dirás. Não é preciso que escolhas a primeira família que aparecer. A família que tu escolheres terá uma grande sorte em te ter.

Tua mãe é uma pessoa de bem e corajosa porque ela achou que não poderia te cuidar como ela acha que mereces e decidiu que estarias melhor sendo adotado por outra família que será a tua família de educação.

Daqui a alguns dias haverá uma reunião do Conselho onde uma família será indicada para te adotar. Mas é preciso que tu também a adotes. Nós estamos contigo”.

Ele virá logo depois do Pré Conselho ou antes, se for necessário.

Observações: Foi muito impressionante ver a impressão de “compreender melhor” o que se passa com ele, depois das palavras de Caroline Eliacheff. Parecia mais calmo e em melhores condições de estar atento ao ambiente. Estava de frente para mim e eu o ouvi dizer –ou alucinei-: “elle”, me olhando fixamente. Depois de um tempo, desviou o olhar para a analista que estava a meu lado e disse: “ l'autre!!!”. Caroline não se apercebeu disso, mas comentou que ele parece falar e não balbucia como os bebês de sua idade. Concordo com ela.

Comentários :

Na ocasião destes atendimentos, o Centro Médico Pedagógico de Issy-les-Moulineaux, de Paris, oferecia vários serviços entre os quais a consulta da Dra. Caroline Eliacheff. Essa psicanalista, inspirada em Françoise Dolto, permitia que alguns psicanalistas em formação participassem de sua consulta. No atendimento realizado no dia 10/01/1996 estavam presentes, nessa situação, uma psicanalista belga e eu. Participamos da consulta, sem interferir no atendimento, sendo-nos permitido discuti-lo com a Dra. Caroline Eliacheff quando era concluída a sessão com o paciente.

Entram na sala de atendimento a maternante (atendente) e a criança. A criança, em geral, começa a brincar e Caroline Eliacheff se dirige à maternante perguntando o que há de novo e sobre as perspectivas para a criança e a ouve. Ao mesmo tempo, se mantém atenta à criança, mas não se dirige a ela, a não ser para alcançar algum material.

Em um dos atendimentos, entrou, também, a Assistente Social que apresentou os dados e a história da criança.

Quando esses informantes terminam o seu relatório, ela pergunta à criança se a maternante pode sair. Se a criança diz que sim, ela sai. Se diz não, ela fica porque a analista considera que a criança revela manter-se

simbioticamente ligada à mãe representada pela atendente. Nesse momento, ela passa a se concentrar na criança e fala muito com ela.

O material oferecido à criança é mínimo, coletivo e apresentado sobre a mesa da psicanalista: massinha já utilizada, canetinhas hidrocor, papel sulfite, duas tesouras, uma grande e uma pequena, uma mamadeira e um bastão de madeira. Esse material parece mesmo ser visto como irrelevante, sendo prioridade a palavra.

O espaço não é particularmente lúdico e a psicanalista fica sentada em sua escrivaninha diante da qual há duas cadeiras comuns e uma um pouco mais alta. É nesse contexto que Claude, Hervé, Brice é visto.

Antes de abordar a consulta, gostaria de elucidar alguns aspectos legais desta situação. Nessa época, na França, uma gestante que pretendesse colocar seu filho para a adoção poderia escolher dar à luz sem preencher formulários, no Hospital, que a identificassem. No campo onde deveria constar o seu nome, poderia colocar um X, por isso era, não sei se ainda é, uma forma de dar à luz “sous X”, ou sob o pseudônimo de “X”. Supostamente, para garantir à mãe a possibilidade de não ser encontrada por seu filho. No entanto, a mãe tinha três meses, a partir do nascimento, para voltar atrás e recuperar seu filho. Ao nascer desse modo, a criança era assumida pelo Estado e após esses três meses, se a mãe não aparecesse, seria colocada para adoção. Contudo, era solicitado à mãe que escolhesse três pré nomes para a criança que poderiam ser utilizados ou não pela família adotante. Além disso, para garantir que a criança teria acesso a dados de sua “pré-história”, era pedido à mãe que deixasse registradas informações que pudessem ajudar a criança a compreender suas origens. E assim procedeu a mãe de Claude, Hervé, Brice.

Caroline Eliacheff começa a conversa com Claude assegurando a ele que ele tem uma mãe digna, pois é uma “mulher de bem e corajosa” e não a desqualifica. Com isso ela favorece que o bebê internalize uma mãe de valor, mesmo que não volte a vê-la. Diz a ele que a mãe pensou nele e o deixou nas mãos do Estado para que fosse encontrada uma família que pudesse dar a ele uma situação como ela acha que ele merece e que ela não se vê em condições de dar.

A psicanalista dirige-se a ele como um sujeito que pode fazer escolhas e garante que isso será tomado em consideração. Dá suporte e o valoriza: “A família que tu escolheres terá uma grande sorte em te ter”.

Como representante do Estado que é, ali naquele momento, oferece apoio a ele: “Nós estamos contigo”. E diz que ele não será abandonado, cuidarão dele e o ajudarão a encontrar uma família adotiva.

JÚLIA

Nascida em fevereiro de 1996

Unidade Cangurú do Hospital Antoine Béclèr de Clamar – França

Responsável pelo atendimento: Maria Nurymar Brandão Benetti

Júlia é um bebê prematuro e gemelar que nasceu com 35 semanas. Está com quatro dias e pesa 1kg 840g. Está na incubadora com um cardioscópio e uma sonda para controle do volume de leite em seu estômago. Tem uma “sandália” de gesso corretora em seu pezinho direito. Sua irmã gêmea está na Unidade Cangurú, mas está fora da incubadora.

Nesse momento, a mãe das duas está tentando trocar Léa, a irmã de Júlia. Mostra-se muito desajeitada, a enfermeira pediátrica (Puericultrice) a ajuda e ela passa a amamentar Léa com mamadeira.

Tão logo a irmã começa a mamar, Júlia fica muito inquieta na incubadora. Mexe-se tanto que os fios do cardioscópio se enroscam. Aponto esse fato para a Puericultrice que vem amamentá-la e ela se acalma um pouco, mas faz várias quedas de saturação a ponto de soar o alarme. A Puericultrice lhe dá palmadinhas no bumbum para que volte. Pouco depois a enfermeira coloca as duas gêmeas próximas uma da outra, dentro da incubadora e elas parecem gostar muito.

Quando as duas estão trocadas e alimentadas, a mãe sai da sala.

A pulsação de Júlia oscila entre 70 e 162 batimentos. Sempre que uma pessoa se aproxima, o número de batimentos se eleva. É uma bebezinha agitada. Ela dorme pouquíssimo, mas, às vezes, relaxa e mantém a pulsação entre 126 e 131 batimentos por muito pouco tempo.

Ela é sensível aos ruídos em torno e à minha presença. Quando lhe falo, me apresentando, sua pulsação sobe para 158 batimentos.

Ela suga o fio que vai até o seu estômago. Move os braços, passa a mão no próprio rosto e começa a soluçar. Move as pernas como se estivesse dentro d’água. Acalma o soluço e Júlia fecha os olhos como se relaxasse. Boceja muito, mas não consegue dormir. Está sempre vigilante a todos os ruídos. Léa, sua irmã, dorme profundamente em grande calma.

A mãe volta, fora tirar os pontos. Conta-me que as meninas nasceram de parto normal, sendo que Júlia estava sentada.

Talvez com a presença da mãe na sala, Júlia, finalmente, dorme, ainda que um sono sensível e agitado. A mãe conversa com a médica, próxima de Léa que dorme profundamente. A mãe acaricia a cabecinha de Léa.

Antes de ir embora, fui conversar com Júlia que estava com os olhos entre abertos. Disse-lhe:

-Júlia, gostei muito de te acompanhar desde cedo.

Ela deu um enorme sorriso. E eu continuei:

-Vou levar para bebês que estão longe, num outro país, o Brasil, tudo o que pude aprender contigo. Obrigada. Desejo felicidades e um bom retorno ao lar para ti, para tua irmã e para teus pais.

Ela volta a ficar sonolenta e eu me vou.

Conversei com ela em francês, mas fiquei me perguntando o que ela captaria se eu falasse em português, ainda preocupada com a questão da prosódia e da semântica. Ela capta o que digo ou o afeto que transmito com o que digo. Apesar da sustentação teórica de que os bebês captam, a seu modo, o que lhes dizemos, essa comunicação permanece um tanto misteriosa.

III. APLICABILIDADE, CAMPOS DE AÇÃO E VALOR DA ESCUTA E DA COMUNICAÇÃO COM BEBÊS

As intervenções psicanalíticas no início da vida têm o incontestável valor de, não só amenizar os sofrimentos imediatos dos bebês, como poupá-los de sofrimentos mentais futuros. Esses podem levá-los a desenvolver sintomas e patologias que poderão absorver recursos egóicos necessários para atividades criativas, lúdicas e propiciadoras de desenvolvimento emocional e de satisfação.

As palavras ditas ao recém-nascido lhe permitirão memorizar elementos que o ajudarão a adquirir as referências necessárias para a simbolização de seu sofrimento. Se não for assim, há o risco desse sofrimento ficar confinado em seu corpo. Portanto, o sofrimento, no sentido analítico do termo, é um sofrimento de palavra.

Não se trata, todavia, de qualquer palavra, de gracinhas ou de palavrinhas carinhosas simplesmente. Trata-se de dirigir-se ao bebê como alguém que merece respeito e consideração, falando-lhe, com gentileza, mas a verdade sobre ele, sobre o que está se passando com ele.

Onde aplicar esse saber? Onde estão os bebês: nos berçários, nas UTIs neo natais, nas creches, nos hospitais pediátricos, nos postos de vacinação.

Penso que algumas intervenções são específicas do psicanalista, mas lidar com o bebê, na rotina diária da enfermagem, dos médicos e de outros membros da equipe tendo em mente essas reflexões, pode favorecer e muito a diminuição dos sofrimentos do bebê.

O bebê tem o direito de saber se vão lhe infligir algum sofrimento: espetar uma agulha, fazer uma incisão, colocar uma botinha de gesso. Esses procedimentos são, não só necessários em certas situações, como até salvadores para o bebê e isso também pode ser informado a ele. Além disso, garantir uma presença humana a seu lado pode ajudá-lo a suportar esse procedimento. Não meramente fazê-lo de bobo: “Pch, pronto, pronto, já vai passar, não chora”, mas admitir com palavras sinceras que o que está sendo feito pode estar doendo. Isso ajudará o bebê a atenuar o estado confusional em que se encontra e a começar a identificar situações desconfortáveis, sua origem e sua necessidade, discriminando-as de situações confortáveis. Espera-se que na UTI ou num Posto de vacinação, um bebê não seja espetado por sadismo e sim porque há uma necessidade. Mostrar isso ao bebê o deixará menos perseguido e menos atemorizado, especialmente porque ele vive um momento em que registros persecutórios estão bastante ativos em sua mente (Klein, Melanie. 1952). Além disso, o bebê será tratado como um sujeito digno e como dono de seu corpo.

Sabemos que existem equipes néo-natais de grande excelência técnica, mas que nem se dão ao trabalho de dirigir a palavra ao bebê. Vão fazendo seus procedimentos e “suportam” o bebê ou desligam dele e ele é tratado como um montinho de carne que recebe cuidados de alta tecnologia e precisão, sob a mais perfeita esterilização, aliás, é uma esterilização completa, pois aliena o bebê de sua condição humana.

Também é de suma importância a presença das mães nos berçários. Não se trata, meramente, de abrir as portas e estabelecer o tumulto tão temido pelas equipes néo-natais. É preciso acolher as mães e os pais e, até, se possível, os irmãos, em grupos que lhes ofereçam a oportunidade de compartilhar suas angústias, suas dúvidas, suas decepções, seus lutos. Esse espaço de elaboração e de continência compartilhada com outros pais que estão vivendo situações semelhantes, pode auxiliá-los a se fortalecerem e a poderem dar ao bebê o apoio real de que ele necessita, reduzindo muito as possibilidades de que sua presença na UTI seja fonte de tumulto. São inegáveis as condições de evolução de um bebê cuja mãe está a seu lado, somando sua presença à rotina e à tecnologia hospitalar.

Ter um bebê pré-maturo, doente ou mal formado indica uma necessidade pungente de acolhimento para os pais, particularmente para as mães. Mas qualquer situação de parto que envolva dar à luz um bebê saudável e forte cuja mãe também não apresenta problemas de saúde, também sugere a necessidade de acolhimento. As angústias da mãe referentes aos cuidados com o bebê em relação ao aleitamento e a todas as mudanças envolvidas na situação de ter um filho quando lidadas em grupos de mães e, quando possível, envolvendo os pais, aliviam as tensões emocionais que circulam entre a mãe e o bebê. Isso favorece que ela fique num estado de receptividade e disposição que auxiliam no acolhimento ao bebê, proporcionando a ele uma situação positiva e que, quando mediada pela palavra, abre um espaço para que sua condição humana seja exercida desde cedo.

Há, também, situações em que a saúde do recém-nascido está preservada, mas a mãe passou por perda ou sofrimento referente a outro membro de sua família. O bebê pode estar bem, mas sua mãe está mal e ele fica impedido de ficar com ela, de reencontrá-la, às vezes, mesmo estando em seus braços. Falar com ele sobre essa situação pode ser de grande valia.

Em outros casos, de gêmeos, por exemplo, um dos bebês tem prejuízos físicos ou morre e o outro nasce vivo e bem. É preciso falar com eles sobre essas situações. Para ilustrar, apresento um fragmento de um atendimento realizado pela Dra. Myriam Szejer, na Maternidade do Hospital Antoine Béclère de Clamart, que eu tive a oportunidade de presenciar.

A psicanalista foi avisada pela equipe que uma senhora havia dado à luz duas meninas gêmeas, uma das quais morrerá.

Ao entrarmos no quarto, vimos a mãe em seu leito, um bebê em seu berço e um berço vazio.

A psicanalista pergunta à mãe como tudo se passou. Ela conta, sem chorar que o bebê que morreu tinha 800 gramas e a que sobreviveu tem dois quilos e pouco. Nesse momento a bebê chora e a psicanalista lhe diz: "Tu tens razão de estar triste." E, dirigindo-se à mãe, pergunta: "O bebê que morreu era uma menina ou um menino? Chegou a dar-lhe um nome?". A mãe respondeu que era uma menina a quem chamou Blanche.

Então a psicanalista volta a dirigir-se ao bebê. "Tua irmã Blanche não pode nascer viva e tu não a verás mais. Isso é triste, tu tens razão de chorar, conviveste com ela dentro de tua mãe". Ao ouvir isso, o bebê se acalma e a mãe começa a chorar. A psicanalista continua falando ao bebê: "Tu estás viva. Tua mãe chora por Blanche, mas está contente porque tu vives". E,

dirigindo-se à mãe, pergunta: “Não é isso?”. E a mãe responde: “Sim, pelo menos uma das duas está viva. É triste que a outra não tenha podido viver, mas havia grandes problemas circulatórios, ela era muito pequena”. A mãe olha para Claudine e sorri ainda muito emocionada.

A psicanalista sugere que a mãe fale dessa irmã que faleceu à Claudine e aos outros filhos que tiverem para que eles possam ter contato com a história da família. Diz, ainda, à mãe que repouse e tenha paciência que com o tempo tudo vai se arranjar.

Comentários:

Inicialmente, ao dirigir-se à bebê, ela dá um sentido ao choro dela, se solidariza com ela e confere dignidade humana ao que a bebê está vivendo. Mostra a ela a irreversibilidade da morte quando diz que Claudine não verá mais sua irmã. Em seguida, quando a mãe chora, discrimina para a bebê a razão do choro da mãe: é pela filha morta, não pela viva, o que é importantíssimo, pois se a mãe a olha chorando, pode parecer a Claudine que é por algo que ela tem ou não tem, por algo que fez ou não fez que sua mãe chora. Para que não parem dúvidas, a psicanalista solicita à mãe a confirmação de que a mãe está feliz que sua filha Claudine esteja viva. E a mãe confirma.

Chama a atenção o nome escolhido para o bebê morto: Blanche, Branca, Branca de Neve, neve, gelo, morte, uma vida em branco...

Ao chegar na sala dos técnicos, a psicanalista pediu que tirassem imediatamente o berço vazio daquele quarto, pois a evidência do berço vazio não só parecia provocar a lembrança e o sofrimento com a perda de Blanche, como poderia dificultar a elaboração do luto por essa perda e comprometer o espaço de satisfação com a presença viva de Claudine.

IV. REFLEXÕES FINAIS

Outrora, mas ainda hoje, cuidar bem de um bebê, significava alimentá-lo, agasalhá-lo e dar-lhe conforto o que, praticamente, se restringia às suas necessidades físicas e a que Winnicott chamou de “handling”.

Já há alguns anos, especialmente a partir dos anos 70, um novo olhar começou a ser lançado sobre os bebês, de forma mais ampla, sendo conferida a eles, com maior ênfase, a dignidade de seres humanos dotados de complexa gama de sentimentos e de emoções.

Tal postura implica em cuidados mais complexos e que transcendem em muito o significado que Winnicott, há pouco mencionado, deu à expressão “holding”.

Porém, dando mais um passo, Françoise Dolto e seus seguidores na França apoiados no conhecimento de que o bebê é um ser humano em desenvolvimento, mas inteiro, com capacidade de ouvir e de ser tranquilizado - ou angustiado - com o que ouve, criaram técnicas mais ativas, que resultaram em intervenções psicanalíticas dirigidas a recém-nascidos e bebês, considerando-os como sujeitos.

Um grande número de pesquisas tem sido levadas a efeito nesse campo, mas, sem dúvida, muito ainda precisa ser estudado e melhor definido. Isso não impede que o que já foi conquistado em conhecimento e experiência relativo à vida, natureza e especificidade dos bebês já possa ser incluído nos cuidados e atenção dada a eles em todos os âmbitos.

É um campo de extrema importância porque é essencialmente preventivo podendo aportar grandes contribuições à profilaxia dos sofrimentos emocionais e dos transtornos mentais. Isso acrescenta possibilidades às pessoas, apesar dos diferentes contextos de sua existência, de serem mais saudáveis, íntegras, criativas e capazes de contribuir efetivamente para a solução de desafios a que a humanidade se vê continuamente exposta, incrementando um convívio construtivo e criativo entre os seres humanos.

V. BIBLIOGRAFIA :

1. **ABREP. “Decifrando a Linguagem dos Bebês”. Anais do Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Peri Natal. São Paulo.1997.215p.**
2. **BOLLAS, C. “A Sombra do Objeto – Psicanálise do Conhecido Não pensado”. Ed. Imago. Rio de Janeiro. 1992.**
3. **BOWLBY, J. “Soins Maternels et Santé Mentale”. Organization Mondiale de la Santé. Genève. 1954. 285p**
4. **BUSNEL, Marie-Claire. ”A Linguagem dos Bebês”. Ed. Escuta. São Paulo. 1997. 371 p.**
5. **DAVID, Myriam. “A criança do 0 aos 6 anos”. Moraes Editores. Lisboa. 1977. 205 p.**
6. **DEBRET, Rosine. Bebês/Mães em Revolta. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1988. 178 p.**
7. **DOLTO, Françoise. “Tout est Langage”. Ed. Vertiges Du Nord. Carrère. 1987.191 p.**
8. **DOLTO, Françoise. “No Jogo do desejo- Ensaio Clínicos”. Ed. Ática. São Paulo. 1996. 295 p.**
9. **DOLTO, Françoise. “L’Image Inconsciente du corps”. Éditions Du Seuil. Paris.1984. 377 p.**
10. **ELIACHEFF, Caroline. “Corpos que Gritam – a Psicanálise dos Bebês”. Ed. Ática. São Paulo. 1995. 149 p.**
11. **FREUD, Sigmund. “Inibição, Sintoma e Angústia (1926). In Obras Completas. Edição Standard. Vol. XX. Ed. Imago. Rio de Janeiro. 1972.**
12. **KLAUS, Marshall & KLAUS, Phyllis. “O Surpreendente Recém-Nascido”. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1989. 141 p.**
13. **KLEIN, Melanie ET alli. “Os Progressos da Psicanálise”. Ed. Guanabara. Guanabara. 1986. 365 p.**
14. **LACROIX, M.B. & MONMAYRANT, M. “A Observação de Bebês – os laços do encantamento”. Ed Artes Médicas. Porto Alegre.1997. 240 p.**
15. **LEBOYER, Frédérick. “Nascer Sorrindo”. Ed. Brasiliense. São Paulo. 1980. 155p.**

16. MAZET, P. & STOLERU, S. "Manual de Psicologia do Recém-nascido" Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1990. 351 p.
17. MILLER, J. & PELHAM, D. "O Princípio da Vida". Ed. Record. Rio de Janeiro. 1984.
18. MOORE, K. L. "Before we are Born – Basic Embriology and Birth Defects". E. W.B. Saunders Company. Toronto.1983. 282 p.
19. PIONTELLI, A. "De Feto a Criança –um estudo observacional e psicanalítico. Imago Editora. Rio de Janeiro. 1995. 261 p.
20. Primeiro Simpósio Brasileiro de Observação da Relação Mãe-Bebê – Tendências. Ed. Unimarco. São Paulo. 1997. 343 p.
21. RASKOWSKY, A. "El Psiquismo Fetal". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1977. 199 p.
22. . RASKOWSKY, A. ET alli. "Níveis Profundos del Psiquismo. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 343 p.
23. SOUZA-DIAS, T. G. "Considerações sobre o Psiquismo do Feto". Editora Escuta. São Paulo. 1996. 122 p.
24. STERN, Daniel N. "A Constelação da Maternidade - O panorama da psicoterapia Pais/Bebê". Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1997. 212 p
25. SZEJER, Myriam & STEWART Richard. "Nove Meses na Vida da Mulher". Ed. Casa do Psicólogo. São Paulo. 1997. 322 p.
26. SZEJER, Myriam. "Des Mots pour Naître –l'écoute psychanalitique en Maternité". Ed. Gallimard. Paris. 1997. 264 p.
27. SZEJER, Myriam & FRYDMAN, René. "Les Bébéés dans tous ces États". Ed. Odyle Jacob. Paris. 1998.190 p.
28. THIS, B. "O Pai –Ato do Nascimento". Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1987. 250 p.
29. VERNY, Thomas & KELLY, John. "A vida Secreta da Criança antes de Nascer". Ed. C.J.Salmi. São Paulo. 1993. 214 p.
30. WILHEIM, Joana. "O que é Psicologia Pré-Natal". Ed. Brasiliense. Coleção Primeiros Passos. São Paulo. 1992. 76 p.
31. WINNICOTT, D. W. "Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise". Ed. Francisco Alves. Rio de Janeiro. 1993.526 p.
32. WINNICOTT, D. W. "Os Bebês e suas Mães". Ed. Martins Fontes. São Paulo. 1988.

